

RÅDGIVNINGSVERKSAMHET, SKOL- OCH STUDERANDEHÄLSOVÅRD SAMT FÖREBYGGGANDE MUN- OCH TANDVÅRD

Motiveringar till och tillämpningsanvisningar för
förordningen (380/2009)

Rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt
förebyggande mun- och tandvård
Motiveringar till och tillämpningsanvisningar för förordningen (380/2009)

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2010:11

ISBN 978-952-00-3058-2 (inh.)
ISBN 978-952-00-3059-9 (PDF)

ISSN-L 1236-2050
ISSN 1236-2050 (print)
ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN:978-952-00-3059-9
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3059-9>

www.stm.fi/publikationer/sv

Förlag: Social- och hälsovårdsministeriet
Bilder: Rodeo / Juha Tuomi
Layout: Institutet för hälsa och välfärd
Tryckning: Universitetsstryckeriet, Helsingfors 2011

SAMMANDRAG

RÅDGIVNINGSVERSAMHET, SKOL- OCH STUDERANDEHÄLSOVÅRD SAMT MUN- OCH TANDVÅRD

Motiveringar till och tillämpningsanvisningar för förordningen (380/2009)

■ Avsikten med publikationen är att stöda kommunerna i att verkställa statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsosvård samt förebyggande mun- och tandvård (380/2009). Förordningen trädde i kraft den 1 juli 2009 så att bestämmelserna om återkommande hälsoundersökningar träder i kraft den 1 januari 2011. Genom förordningen regleras i synnerhet innehållet och omfattningen av hälsoundersökningar och hälsorådgivning inom de ovannämnda tjänsterna. Förordningen utfärdades eftersom skillnaderna i resurserna för och innehållet i de förebyggande tjänsterna för barn och unga har ökat mellan kommunerna, och eftersom tjänsterna i många kommuner är otillräckliga i förhållande till rekommendationerna och behoven.

Syftet med den för kommunerna bindande förordningen är att genom effektivare förebyggande verksamhet säkerställa att hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna för barn, unga och familjer är planmässiga, uppvisar en enhetlig nivå och tar hänsyn till individens och befolkningens behov. Därutöver bidrar verksamheten i enlighet med förordningen till att förebygga social utslagning bland barn och unga och minska regional ojämlikhet. Förordningen stärker främjandet av hälsa, och detta inbegriper alltid också främjandet av psykisk hälsa. Tidig identifiering av behov av särskilt stöd och stöd i rätt tid bidrar till att problemen inte förvärras och att kostnaderna inte stiger.

Publikationen beskriver motiveringarna till alla förordningens bestämmelser samt anvisningar om hur dessa ska tillämpas. I slutet av publikationen diskuteras andra centrala faktorer som kommunerna ska beakta. En förutsättning för att förordningen kan verkställas är tillräcklig personal. Man ska se till att personalens kompetens utvecklas, eftersom förpliktelserna enligt förordningen medför att arbetets kravnivå ökar för hälsovårdare, barnmorskor och läkare samt mun- och tandvårdspersonal. Verkställigheten av förordningen kräver även att multiprofessionellt samarbete utvecklas och att dataskyddsfrågor beaktas.

Linjedragningen i förordningen och Kaste-programmet för att stärka förebyggande tjänster för barn och unga är det bästa sättet att bemöta behov av avhjälpanande tjänster och dämpa kostnadsökningen. För att underlätta organiseringen av de tjänster som avses i förordningen har kommunernas statsandelar ökat år 2010 och framställts att ökas år 2011. Därtill främjas verkställigheten av förordningen genom nationellt utvecklingsarbete och aktiv uppföljning och övervakning.

Nyckelord:

förebyggande munhälsan, hälsofostran, hälsoundersökningar, rådgivningsbyråer, skolhälsovård, studerandehälsosvård

SUMMARY

MATERNITY AND CHILD HEALTH CLINICS, SCHOOL AND STUDENT HEALTH CARE AND PREVENTIVE ORAL HEALTH CARE

Grounds and application directives for Decree (380/2009)

■ The publication aims at supporting municipalities in implementing the Government Decree (380/2009) on maternity and child health clinics, school and student health care and preventive oral health care for children and young people. The decree took effect on 1 July 2009, except for the provisions on regular health examinations that enter into force on 1 January 2011. The decree is specifically designed to regulate the contents and scope of health examinations and health education within the above-mentioned services. The decree was ordained because the differences between municipalities with regard to resources for and contents of preventive services for children and young people have increased, and because the services are in several municipalities inadequate in relation to recommendations and service needs.

The decree is binding for the municipalities and the aim is that through more effective prevention, the decree ensures that health education and health examination services for children, young people, and families are systematic and coherent in terms of scope and that they pay attention to the needs of individuals and the population. Moreover, the measures prescribed by the decree help to prevent the marginalisation of children and young people and diminish regional inequalities. The decree strengthens health promotion, which always incorporates also mental health promotion. Early identification of needs for particular support and the provision of support in a timely manner prevent the degeneration of problems and curb the growth of expenditure.

The publication describes the grounds for the provisions and gives guidelines on how to implement the decree. At the end of the publication, the focus is on other key factors that municipalities should consider. The implementation of the decree requires sufficient staff. In developing the staff skills, it is necessary to remember that the decree will increase the required level of competence for public health nurses, midwives, and physicians as well as for the oral health care staff. The decree implementation requires also that multiprofessional collaboration is further developed and that data protection issues are considered.

The target in the decree and the Kaste Programme of strengthening preventive services for children and young people is the best way to curb both the need for curative services and the growth of expenditure. In order to facilitate the organisation of the services specified in the decree, an increase in central government transfers to local governments has been decided for 2010 and proposed for 2011. Furthermore, the implementation of the decree is promoted through national development work and through active follow-up and monitoring.

Key words:

health education, health examination, maternity and child health clinic, preventive oral health care, school health care, student health care

TIIVISTELMÄ

NEUVOLATOIMINTA, KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLTO SEKÄ EHKÄISEVÄ SUUN TERVEYDENHUOLTO

Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet

■ Julkaisun tarkoituksena on tukea uuden neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskevan valtioneuvoston asetuksen (380/2009) toimeenpanoa kunnissa. Asetus tuli voimaan 1.7.2009 siten, että määräaikaista terveystarkastuksia koskevat säännökset tulevat voimaan 1.1.2011. Asetuksella säännellään erityisesti terveystarkastusten ja terveysneuvonnan sisältöä ja määrää em. palveluissa. Asetus annettiin, koska kuntien väliset erot lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen voimavaroissa ja sisällössä ovat lisääntyneet, ja palvelut ovat monissa kunnissa suosituksiin ja tarpeisiin nähden riittämättömät.

Kuntia sitovan asetuksen tarkoituksena on ehkäisevää toimintaa tehostamalla varmistaa, että lasten, nuorten ja perheiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia. Lisäksi asetuksen mukainen toiminta auttaa ehkäisemään lasten ja nuorten syrjäytymistä ja vähentää alueellista eriarvoisuutta. Asetuksella vahvistetaan terveyden edistämistä, johon kuuluu aina myös mielenterveyden edistäminen. Erityisten tuen tarpeiden varhainen tunnistaminen ja tuen oikea-aikainen järjestäminen ehkäisevät ongelmien pahenemista ja kustannusten kasvua.

Julkaissussa esitetään asetuksen kaikille säännöksille perusteluja sekä ohjeita niiden soveltamiseksi. Julkaisun loppuosassa käsitellään muita keskeisiä tekijöitä, jotka kuntien on tarpeen ottaa huomioon. Asetuksen toimeenpanon edellytyksenä on riittävä henkilöstömäärä. Henkilöstön osaamisen kehittämistä on tarpeen pitää huolta, sillä asetuksen velvoitteet lisäävät terveydenhoitajan, kättilön ja lääkärin sekä suun terveydenhuollon henkilöstön työn vaativuutta. Asetuksen toimeenpano edellyttää myös moniammatillisen yhteistyön kehittämistä sekä tietosuojakysymysten huomioon ottamista.

Asetuksen ja Kaste-ohjelman linjaus lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen vahvistamiseksi on paras keino korjaavien palvelujen tarpeen ja kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Asetuksen mukaisten palvelujen järjestämiseksi on kuntien saamia valtionosuuksia korotettu vuodelle 2010 ja ehdotettu korotettavaksi vuonna 2011. Lisäksi asetuksen toimeenpanoa tuetaan kansallisen kehittämistyön sekä aktiivisen seurannan ja valvonnan avulla.

Asiasanat:

ehkäisevä suun terveydenhuolto, lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, terveysneuvonta, terveystarkastukset, äitiysneuvola

INNEHÅLL

Sammandrag

Summary

Tiivistelmä

Förord.....	9
1 Inledning.....	11
1.1 Lagstiftningen bakom förordningen.....	11
1.2 Ändringar i statens styrning.....	14
1.3 Reform av tjänster för barn, unga och familjer samt servicesystemet och ändringar i omvärlden.....	15
1.4 Beredning och godkännande av förordningen.....	17
1.5 Vad kommer att ändras?.....	18
2 Detaljmotivering och tillämpningsanvisningar.....	20
2.1 Allmänna bestämmelser.....	20
1 § Syftet med förordningen.....	20
2 § Tillämpningsområde.....	21
3 § Studerande berättigade till studerandehälsovård	22
4 § Tillhandahållande av tjänster	23
2.2 Hälsoundersökningarnas innehåll och omfattning.....	26
5 § Hälsoundersökningarna	27
6 § Hälsoundersökningarnas innehåll	31
7 § De omfattande hälsoundersökningarnas innehåll	34
8 § Innehållet i undersökningar av munnen.....	38
9 § Återkommande hälsoundersökningar	41
10 § Återkommande undersökningar av munnen.....	59
11 § Specialundersökningar i skolhälsovården.....	61
12 § En sund och trygg skola och studiemiljö.....	62
13 § Identifiering av behov av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd	64
2.3 Hälso- och sjukvårdsgivningens innehåll och omfattning	71
14 § Hälso- och sjukvårdsgivningens gemensamma innehåll.....	71
15 § Hälso- och sjukvårdsgivningens utvidgade innehåll.....	91
16 § Preventivmedelsrådgivning och annan rådgivning om sexuell hälsa	98
2.4 Tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster för studerande.....	100
17 § Hälso- och sjukvårdstjänster.....	100

2.5 Särskilda bestämmelser	103
18 § Skyldigheter enligt barnskyddslagen	103
19 § Ikrafrädande.....	104
3 Annat att beakta vid verkställandet av förordningen	105
3.1 Journalhandlingar	105
3.2 Centrala bestämmelser om integritetsskydd vid klient- arbete och samarbete	107
3.3 Personalens tillräcklighet och kunnande	113
3.4 Utvecklandet av hälsouppföljningen hos barn och ungdomar	119
4 Kostnader för tjänster enligt förordningen.....	122
4.1 Kostnader för förebyggande tjänster för barn och ungdomar	122
4.2 Höjning av kommunernas statsandelar	124
5 Stöd för verkställandet av förordningennationellt och i kommunerna	125
5.1 Utbildning och information.....	125
5.2 Nationell utvecklingsverksamhet.....	125
5.3 Verkställande i kommunerna	126
6 Uppföljning och övervakning.....	128
6.1 Uppföljningen av verkställandet av förordningen	128
6.2 Övervakningen av förordningen	130
Källor.....	132
Bilaga 1. Förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (380/2009)	142
Bilaga 2. Exempel på bilagor som används på hälsoundersökningar och hälsorådgivning	149

FÖRORD

Statsrådet har år 2009 gett en betydelsefull förordning som främjar ett allt mer målmedvetet utvecklande av förebyggande hälsotjänster för barn, unga och familjer. Syftet med förordningen är att garantera tillräckliga enhetliga och regionalt likvärdiga tjänster, stärka främjande av hälsan samt att intensifiera tidigt stöd och förebyggande av utslagning. Syftet med förordningen uppfylls när kommunerna utvecklar sina tjänster enligt förpliktelserna i förordningen. Centralt är också hur de stöder sin egen personal och dess kunnande vid verkställandet av förordningen. Dessutom behövs brett samarbete med både den offentliga sektorn och den tredje sektorn. Det rekommenderas att befolkningen informeras om hurdana tjänster den har rätt att förvänta sig. De som får den största nyttan av förordningen är ju barn, unga och familjer.

Kommunernas ekonomi är en aktuell fråga. Att stärka förebyggande tjänster för barn och unga är det bästa sättet att dämpa behovet av korrigerande tjänster och kostnadsökningen. Genom förordningen strävar vi efter att förbättra såväl befolkningens välbefinnande som på längre sikt även ekonomin i kommunerna. I många kommuner behövs emellertid omedelbart fler anställda för ordnande av de tjänster som förordningen förutsätter. I detta syfte har kommunernas statsanslag höjts för år 2010 och ett liknande förslag till höjning har gjorts även för följande år.

Beredningen av förordningen och denna publikation har krävt mycket arbete. Jag vill framföra arbetsgruppen som förberedde förordningen ett stort tack. Jag tackar också varmt sakkunnig Päivi Mäki från Institutet för hälsa och välfärd som utarbetade utkastet till publikationen samt tiotals andra sakkunniga för värdefulla preciseringar och tillägg.

Reformen av rådgivningsarbete, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård är en nödvändig del av reformen av tjänster för barn, unga och familjer. Detta ingår även i Kaste-programmet och projektet Fungerande hälsovårdscentraler. Arbetet som görs i dag för barn och unga förbättrar den framtida arbetskraftens välfärd och verksamhetsförmåga.

Helsingfors december 2009

Paula Risikko
Omsorgsminister

I INLEDNING

1.1 LAGSTIFTNINGEN BAKOM FÖRORDNINGEN

Enligt **folkhälsolagen** (66/1972) åligger det kommunen att sörja för folkhälsoarbetet. Med folkhälsoarbete avses främjande av hälsan, inbegripet förebyggande av sjukdomar och olycksfall, som är inriktat på individen, befolkningen och livsmiljön, samt sjukvård till individen. Enligt 14 § i folkhälsolagen hör till folkhälsoarbetet bl.a. att sörja för hälsorådgivning och hälsoundersökningar för kommunens invånare, vilket omfattar preventivmedelsrådgivning, rådgivningsbyråttjänster för gravida kvinnor och familjer som väntar barn och för barn under skolåldern och deras familjer samt att tillhandahålla skol- och studerandehälsovård och mun- och tandvård. Bestämmelser om skol- och studerandehälsovård har också funnits i 2 och 3 § i folkhälsoförordningen (802/1992), i vilka specialundersökningar som är nödvändiga för konstaterande av hälsotillståndet samt läroanstalten och studeranden definierades. Folkhälsoförordningens 2 och 3 § upphävdes genom förordning (379/2009) vid statsrådets sammanträde 28.5.2009 och paragraferna överfördes till förordningen om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (380/2009), vilken godkändes samma dag, nedan förordningen.

I folkhälsolagen definieras inte innehållet i tjänsterna eller sättet att genomföra dem i detalj. Punkterna 1, 4, 5 och 6 i 14 § 1 mom. i folkhälsolagen som ändrades 2005 och 2007 innehåller bemyndiganden att utfärda statsrådets förordning om innehållet i och omfattningen av rådgivningsbyråernas hälsorådgivning och hälsoundersökningar, rådgivning och undersökningar som hör till följandet och främjandet av elevernas hälsa, specialundersökningar som är nödvändiga för konstaterande av hälsotillståndet, det närmare innehållet i studerandehälsovården samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga.

Arbetsgruppen som utredde en sammanslagning av folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård lämnade sitt förslag till en ny hälsovårdslag i juni 2008 (SHM 2008g). Förslaget innehåller en bestämmelse om främjande av hälsa och välfärd, vilken förpliktar kommunerna att göra upp en tväradministrativ plan om åtgärder för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd, förebyggande av hälsoproblem och uppföljning av genomförandet. I arbetsgruppens förslag ingår även folkhälsolagens bestämmelser om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt mun- och tandvård.

Målet för den **nya barnskyddslagen** (417/2007) är att ta hänsyn till barnets bästa, trygga de stödåtgärder och tjänster som barnet och familjen behöver, förbättra samarbetet mellan myndigheterna samt att möjliggöra att

ingripa i problemen i ett allt tidigare skede. Bestämmelser gällande förebyggande barnskydd har inkluderats i barnskyddslagen som nya bestämmelser. Målet för förebyggande barnskydd är att främja och trygga barnens uppväxt, utveckling och välfärd samt att stödja föräldraskapet. För att genomföra förebyggande barnskydd ska alla kommunala myndigheterna ge akt på och utveckla barns uppväxt och utveckling samt att avhjälpa och förebygga missförhållanden i uppväxtförhållanden. Det förebyggande barnskyddet omfattar också särskilt stöd som ges till exempel vid rådgivningsbyråerna för mödravård och barnavård samt inom annan social- och hälsovård, dagvård, undervisning och ungdomsarbete, då barnet eller familjen inte är klient inom barnskyddet. Utveckling av tjänster för att stödja uppfostran och beaktande av barn i service som riktar sig till vuxna är också förpliktelser som ingår i förebyggande barnskydd. I barnskyddslagen ingår en bestämmelse om främjande av barnens och unga personers välfärd och om en plan för ordnande av barnskydd, vilken utarbetas i brett samarbete.

Bestämmelserna om förebyggande barnskydd gäller för alla kommunens aktörer och bildar således ett gemensamt lagstöd för främjande av barnens, ungdomarnas och föräldrarnas välfärd.

I den nya barnskyddslagen gjordes ändringar som träder i kraft 1.3.2010. För detta ändamål har regeringen överlämnat till riksdagen regeringens proposition RP 225/2009 hösten 2009. Bland nya bestämmelser finns bland annat bestämmelsen om anhållan om bedömning av barnskyddsbehovet som görs tillsammans med barnet eller barnets förälder samt bestämmelsen om föregripande barnskyddsanmälan som ska göras före barnets födelse.

Dagvård ska enligt **lagen om barndagvård (36/1973)** främja barnets utveckling och välfärd samt beakta barn som är i behov av speciell vård och fostran. För samordning av rehabiliteringen av barn som är i behov av speciell vård och fostran utarbetas en rehabiliteringsplan för barnet i samarbete med barnets föräldrar och vid behov med annan socialvård samt hälsovården och skolväsendet inom kommunen. Social- och hälsovårdsministeriet påbörjar beredningen av en lag om småbarnsfostran år 2010.

Om elev- och studerandevård föreskrivs i skollagarna, folkhälsolagen och barnskyddslagen. Skolhälsovården är en del av elevvården och studerandehälsovården är en del av studerandevården. Elev- och studerandevården är en verksamhet som hör till undervisningsväsendet, socialväsendet och hälsoväsendet och den genomförs som ett multiprofessionellt och branschövergripande samarbete i skol- och studiesamfundet.

År 2003 ändrades lagen om grundläggande utbildning (628/1998), gymnasielagen (629/1998) och lagen om yrkesutbildning (630/1998) genom att komplettera bestämmelserna om elev- och studerandevård. Ändringarna, som trädde i kraft i augusti 2003, definierade för första gången på lagnivå begreppet elev- och studerandevård. Enligt lagen om grundläggande utbildning avser elevvården att främja och upprätthålla elevens studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välfärd och understödjande verksamheter. Elevvården omfattar i den grundläggande utbildningen elevvård

i enlighet med en läroplan som godkänts av utbildningsanordnaren samt sådana elevvårdstjänster som i folkhälsolagen avses med skolhälsovård och i barnskyddslagen avses med stöd vid fostran. Enligt lagen om grundläggande utbildning har elever i förskoleundervisning och den grundläggande utbildningen rätt till elevvård.

Enligt 29 a § i gymnasielagen avser elevvården att främja och upprätthålla studerandens studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välfärd och understödjande verksamheter. Enligt bestämmelsen ska utbildningsanordnaren se till att de studerande som är i behov av särskilt stöd ges information om de hälsovårds- och socialvårdstjänster som står till buds för dem och handleda dem att söka dessa tjänster.

Enligt 37 a § i lagen om yrkesutbildning avser studerandevården att främja och upprätthålla de studerandes studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välfärd och understödjande verksamheter. Enligt bestämmelsen ska utbildningsanordnaren samarbeta med de myndigheter och andra instanser som ger och ordnar skolpsykolog- och skolkuratorstjänster som avses i barnskyddslagen och informera de studerande om förmånerna och tjänsterna. Vid behov ska en studerande handledas att söka dessa förmåner och tjänster.

Enligt folkhälsolagen (ändrad 626/2007) är skolhälsovården en del av de elevvårdstjänster som avses i 31 a § 2 mom. i lagen om grundläggande utbildning. Den myndighet som svarar för kommunens folkhälsoarbete ska delta i utarbetandet av läroplanen enligt 15 § i lagen om grundläggande utbildning och 11 § i gymnasielagen, till den del den gäller elev- och studerandevården samt samarbetet mellan skolan eller läroanstalten och hemmet.

Den reviderade barnskyddslagen har en mer förpliktande bestämmelse om skolpsykolog- och skolkuratorstjänster än tidigare. För att förebygga och övervinna sociala och psykiska svårigheter som hänför sig till skolgången och elevernas utveckling ska enligt 9 § i lagen kommunen för eleverna inom den förskoleundervisning, grundläggande utbildning och påbyggnadsundervisning samt förberedande undervisning som avses i lagen om grundläggande utbildning ordna skolpsykolog- och skolkuratorstjänster som ger adekvat stöd och handledning. Tjänsterna ska även främja ett bättre samarbete mellan hem och skola. Barnskyddslagen poängterar samarbete mellan alla aktörer för att stödja barnet och familjen.

I samband med revideringen av skollagarna från 2003 fick Utbildningsstyrelsen som uppgift att bestämma i grunderna för läroplanen centrala principer för samarbetet mellan elev- och studerandevården samt hemmet och skolan/läroanstalten. Enligt de ovan nämnda lagarna bereder Utbildningsstyrelsen de grunder för läroplanen som gäller förskoleundervisning, elev- och studerandevård samt samarbete mellan elev- och studerandevård samt hemmet och skolan/läroanstalten i samarbete med Forskningscentralen för social- och hälsovården (Stakes) (från och med 1.1.2009 Institutet för hälsa och välfärd).

Enligt grunderna för läroplanen ska skolorna och läroanstalterna som en del av läroplanen beskriva verksamheten för att främja hälsa och trygghet, komma överens om arbets- och ansvarsfördelning, samarbeta med samarbetspartner som ansvarar för elevvårdstjänster samt beskriva åtgärderna för olika problem-, olycks- och krissituationer. (Utbildningsstyrelsen 2003, 2004, 2009.)

Elev- och studerandevården har utvecklats på många sätt under 2000-talet. En central påskyndare av reformer har varit arbetsgruppen för reformering av lagstiftningen om elevvård, som tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet 15.12.2004, och de nio förslagspaket för utveckling av elevvård och reformering av lagstiftning som gäller elevvård (SHM 2006a).

På basis av arbetsgruppens rekommendation startade undervisningsministeriet åren 2007–2009 utvecklingsverksamhet av elevvård och beviljade närmare tvåhundra kommuner statens specialbidrag för utveckling av elevvårdens kvalitet och servicestruktur. I försöket ingick även studerandevården inom gymnasieutbildningen.

Arbetsgruppen för elev- och studerandevård, som tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet och undervisningsministeriet, uppdaterade med några tilläggsuppgifter förslagen som ovan nämnda arbetsgruppen för reformering av lagstiftningen gav. Enligt arbetsgruppens mest centrala förslag startar undervisningsministeriet och social- och hälsovårdsministeriet en beredning av en enhetlig lag om elev- och studerandevård under regeringsperioden. En handbok för elev- och studerandevård framställs i samarbete mellan Institutet för hälsa och välfärd och Undervisningsstyrelsen före slutet av 2010. (SHM 2009b.)

Vid undervisningsministeriet har beretts en regeringsproposition med förslag till lag om ändring av lagen om grundläggande utbildning (RP 109/2009). Ändringarna gäller dataskydd, registrering av personuppgifter och stöd som eleven erbjuds. Syftet är att stärka elevens rätt till systematisk tidig och förebyggande inlärning och till intensifierat stöd under uppväxten. För elever som under en längre tid behöver stöd samt utvidgat stöd fattas beslutet om särskilt stöd på samma grunder som i dag. Specialundervisning skulle ingå i särskilt stöd. Stödformer som eleven erbjuds är enligt propositionen kortvarigt stöd, intensifierat stöd och särskilt stöd. De föreslagna ändringarna avses träda i kraft hösten 2010.

1.2 ÄNDRINGAR I STATENS STYRNING

Före folkhälsolagen som trädde i kraft 1972 var de främsta medlen för statens styrning lagstiftning och andra normer. Med medicinalstyrelsens cirkulär och anvisningsbrev bestämdes över det noggrannare innehållet i verksamheten. Efter att folkhälsolagen stiftats skapades ett starkt planeringssystem, i vilket normer och ekonomistyrning var starkt bundna vid varandra. I takt med detta genomfördes en strukturändring, och som resultat skapades en

stark primärvård i hela landet. Dessutom skapades styrning av hälsofostran och kommunorganisationen samt genomfördes andra ändringar som främjar hälsan, såsom lagen om åtgärder för inskränkande av tobaksrökning, vård av blodtryck och näringspolitik med skatteändringar. Förebyggande hälsotjänster för barn och unga personer styrdes med medicinalstyrelsen anvisningsbrev (Medicinalstyrelsen 1988).

Att statsandelssystemet ändrades 1993 så att finansieringen bestäms enligt kalkylerade grunder var en stor ändring i statens styrning av kommuner. Tidigare hade styrningen varit starkt bunden vid statsbidragssystemet, vilket var ett medel att säkerställa genomförandet av styrningen på lokal nivå. Då medicinalstyrelsen lades ned (1991) upphörde anvisningsbrev och de ersattes med handböcker och rekommendationer. Efter de ovan nämnda ändringarna och de ändringar som gjordes i kommunallagen 1995 har kommunerna kunnat självständigare än tidigare ordna även rådgivningsverksamhet för gravida kvinnor och barn, skol- och studerandehälsovård samt mun- och tandvård för barn och unga personer. Då bristerna i informationsstyrning blev synliga på 2000-talet, var man beredd på att skärpa normstyrningen genom att komplettera folkhälsolagen med paragrafer om bemyndigande för beredning av förordningen (se kapitel 1.1).

1.3 REFORM AV TJÄNSTER FÖR BARN, UNGA OCH FAMILJER SAMT SERVICE-SYSTEMET OCH ÄNDRINGAR I OMVÄRLDEN

Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 innehåller tre mål varav ett är att barnens hälsa blir bättre, deras välbefinnande ökar och symtom som hör ihop med otrygghet minskar märkbart (SHM 2001). Även politikprogrammet för barns, ungars och familjers välfärd samt politikprogrammet för hälsofrämjande stöder utveckling av förebyggande tjänster för barn och unga.

Tjänster för barn, unga och familjer reformeras starkt i hela landet som en del av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste-programmet) under 2008–2011 (SHM 2008e). Kaste-programmet baserar sig på regeringsprogrammet och är ett strategiskt verktyg för att styra den finländska social- och hälsovårdspolitik som fastställts av statsrådet. Programmets mål är att:

1. öka människornas delaktighet och minska marginalisering;
2. höja graden av och minska skillnaderna i hälsa och välfärd;
3. förbättra kvaliteten på tjänsterna, deras effekt och tillgänglighet samt minska de regionala skillnaderna.

Man försöker uppnå målen genom att förebygga problemen och ingripa i dem så tidigt som möjligt, att trygga en yrkeskunnig och tillräcklig personal samt genom att skapa sammanhängande servicehelheter inom social- och hälsovården samt goda verksamhetsmodeller.

I fem stora projekt som täcker nästan hela landet reformeras tjänster för barn och unga som en helhet. På basnivån utvecklas och sammanknyts tjänster som stöder utveckling samt förebygger och avhjälpas problem och störningar över de nuvarande sektorsgränserna (såsom hälso-, social-, ungdoms-, bildnings- och polisväsendet). Specialtjänster (såsom barnpsykiatri, barnskydd, rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor och familjerådgivningsbyråer) utvecklas för att stödja basservicen. Tjänster införs också direkt i de miljöer där barnen och ungdomarna utvecklas (hemmet, dagvården, skolan, fritidsverksamheten) och institutionstänkandet ska luckras upp. Inom projekten utvecklas nya helhetsmodeller för tjänster och arbetet sprids gradvis till hela landet. Kommunernas och samkommunernas projekt har beviljats statsbidrag på över 20 miljoner euro under 2008–2009. Den nya förordningen stöder förstärkning av förebyggande tjänster för barn, unga och familjer, och genomförandet av Kaste-programmet å sin sida stöder genomförandet av förordningen. Kaste-programmet och många andra riktlinjer förutsätter att yrkesövergripande samarbete ökar. Yrkesövergripande samarbete regleras endast litet genom förordningen, eftersom det inte fanns bemyndiganden för det.

Omvärlden för förebyggande tjänster för barn och unga ändras i och med kommun- och servicestrukturen (Paras) som genomförs under 2008–2011. Fastän strukturer ändras och underlaget för att tillhandahålla tjänster breddas, ordnas förebyggande hälsotjänster för barn och unga, såsom rådgivningstjänster samt skol- och studerandehälsovård även i fortsättningen som närservice. Antalet kommuner och hälsocentraler har minskat i och med reformen. Då man organiserar helheten för förebyggande tjänster för barn och unga behövs en nära anknytning till socialtjänsterna. I juni 2009 hade nästan 60 % av de kommuner som hör till samarbetsområden överfört till samarbetsområdet alla tjänster inom socialväsendet eller alla socialväsendets tjänster utom dagvård.

Tjänster för barn, unga och familjer utvecklas enligt den nya förordningen även som en del av åtgärdsprogrammet fungerande hälsovårdscentraler. Åtgärder riktas brett till praxis inom primärvården, förvaltning och ledning samt till utbildning och forskning.

I förslagen (SHM 2009a, den s.k. arbetsgruppen Mieli 2009) i den nya planen för mentalvårds- och missbruksarbete ingår att överföring av psykisk ohälsa och missbruk mellan generationerna förebyggs. Kommunernas arbete med barn och ungdomar för psykisk hälsa och mot missbruk sker i första hand i barnens och ungdomarnas vardagsmiljö, såsom i hemmet, dagvården eller skolan.

1.4 BEREDNING OCH GODKÄNNANDE AV FÖRORDNINGEN

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 1.6.2007 enligt bemyndiganden i 14 § 1 mom. i folkhälsolagen en arbetsgrupp som ska bereda en förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. Utlåtanden om arbetsgruppens promemoria (SHM 2008a) beaktades då förordningen och denna publikation slutfördes.

Beredningen av förordningen påbörjades eftersom det enligt flera utredningar som gjorts under 2004–2007 mellan kommunerna finns skillnader i resurser och innehåll i förebyggande tjänster för barn och unga. Resultaten från senare utredningar var liknande. Genomförandet av rådgivningsverksamheten samt skol- och studerandehälsovård vid hälsocentralerna är brokigt. Förebyggande hälsotjänster, i synnerhet återkommande hälsoundersökningar, hade tidvis minskats avsevärt så att de inte nådde upp till de riksomfattande rekommendationerna. (Hakulinen-Viitanen et al. 2005 och 2008, Rimpelä et al. 2007b och 2008.) Även biträdande justitiekanslerns och statens revisionsverks undersökningar och kontroller samt slutsatserna som drogs på basis av dem påverkade att beredningen av förordningen påbörjades: enligt slutsatserna behövs i skolhälsovården författningar som binder mer än informationsstyrning. (Statens revisionsverk 2006, biträdande justitiekanslerns beslut Dnr 6/50/06.) Statens revisionsverk konstaterade i sin revisionsberättelse (136/2006) att styrningseffekterna av kvalitetsrekommendationerna för skolhälsovården (SHM 2004b) har förblivit svaga. Den riksomfattande styrningen, utvecklingen och uppföljningen av skolhälsovårdens tjänster konstaterades vara otillräckligt i förhållande till hurdan tyngd verksamhetsområdet har. Enligt statens revisionsverk har inte heller motiveringarna som skrivits in i redovisningen för momentet om social- och hälsovårdens kalkylerade statsandelar haft önskade verkningar på kommunernas verksamhetsplanering och allokering av resurser.

Dessutom betonar statsminister Matti Vanhanens II regeringsprogram 2007–2011 medborgarnas jämlikhet och klienternas rättigheter samt att den bindande karaktären för kvalitetsrekommendationer höjs. Även riksdagen har i sin skrivelse till statsrådet 15/2008 förutsatt att styrningen av social- och hälsovårdstjänster ska bli mer bindande.

Under beredningen av förordningen har de tidigare nationella anvisningarna tagits i beaktande. Anvisningar gällande mun- och tandhälsovård har ingått i handböcker om barnrådgivning och skol- och studerandehälsovård. Inom mödrarrådgivningen följs rekommendationen från 1999 samt riktlinjerna i handlingsprogrammet för främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa (SHM 2007a) tills de nya anvisningarna som nu är under beredning publiceras.

Handböcker som styr rådgivningsverksamheten, skolhälsovården och studerandehälsovården:

- Screeningundersökningar och samarbete inom mödravården. Rekommendationer 1999. (Stakes, rekommendationer 34/1999).
- (Barnrådgivningen som stöd för barnfamiljer) Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -opas työntekijälle. (STM, oppaita 2004:14)
- Skolhälsovården 2002 (Stakes 2002, handböcker 51)
- Kvalitetsrekommendationer för skolhälsovården (SHM, handböcker 2004:8)
- Handbok för studerandehälsovården (SHM, publikationer 2006:13)

Beredningen av förordningen har också styrts av Förenta nationernas (FN) konventioner som Finland har godkänt. Den centrala konventionen är konventionen om barnets rättigheter som antogs av FN:s generalförsamling 1989. I Finland trädde konventionen i kraft 1991. Artiklarna 12, 17 och 24 i konventionen om barnets rättigheter har ett nära förhållande med förordningens tillämpningsområde. I artikel 12 betonas barnets rätt att uttrycka sin mening, att komma till tals och att bli hörd. Artikel 17 behandlar barnets rätt att ha tillgång till information från medier som främjar dess välfärd samt att skyddas mot information som är till skada för barnets välfärd och artikel 24 erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering.

Under beredningen av förordningen har man beaktat Stakes förslag (9.6.2006) till social- och hälsovårdsministeriet om ett ramprogram för återkommande välfärdsbedömningar gällande barnfamiljer, barn och unga.

Statsrådet godkände förordningen vid sitt sammanträde 28.5.2009. Förordningen (Bilaga 1) har trätt i kraft 1.7.2009 så att paragraferna om hälsoundersökningar träder i kraft 1.1.2011. För att trygga ordnandet av tjänsterna enligt förordningen har kommunernas statsandelar för basservice höjts med 9 250 000 euro i statsbudgeten för 2010. En lika stor höjning av statsandelar för basservice har föreslagits i ramarna för statsfinanserna 2010–2013 även för 2011.

1.5 VAD KOMMER ATT ÄNDRAS?

Anvisningarna gällande hälsoundersökningar och hälsorådgivning som ingår i de ovan nämnda handböckerna har till största delen bevarats i oförändrat skick. En central ändring är att förordningen ändrar rekommendationer i anvisningarna till förpliktelser som binder kommunerna. Omfattande hälsoundersökning är en ny term inom mödra- och barnrådgivningen. Inom skolhälsovården har den använts sedan 2002. Med denna bestämmelse vill man säkra att båda föräldrarnas välfärd och livssituation bedöms mer systematiskt och grundligare än tidigare. En omfattande hälsoundersökning betyder inte ett nytt besök, utan ett besök har utvidgats att täcka granskning

av hela familjens välfärd. Omfattande hälsoundersökningar är mångsidiga, fördjupade undersökningar, då det vid behov är möjligt att göra de andra kontrollbesöken lättare.

Preciseringen av tidpunkterna för omfattande hälsoundersökningar gör det lättare att få båda föräldrarna med på just dessa undersökningar. Med bestämmelsen vill man säkra att undersökningarna utförs vid samma åldersstadium i hela landet och jämförbart samt att hela familjens välfärd får intensifierad uppmärksamhet. Innehållet i skolhälsovårdens hälsoundersökningar har preciserats bl.a. så att bedömning av fysisk kondition ingår i undersökningarna för de 1, 5 och 8 årsklasserna. Bestämmelsen om utredning av behovet av stöd hos dem som inte deltar i de återkommande hälsoundersökningarna och bestämmelsen om identifiering av behov av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd är nya uttryck, fastän förebyggande verksamhet har alltid innehållit uppsökande arbete och identifiering av behovet av tidigt stöd.

När det gäller mun- och tandvården harmoniserar förordningen genomförandet av återkommande undersökningar samt ger stöd åt att verksamhetsprocessernas tyngdpunkt läggs på förebyggande verksamhet. Nytt är prioritering av familjer som väntar sitt första barn. Mun- och tandvård blir en del av omfattande hälsoundersökningar. Förordningen gör förebyggande mun- och tandvård för barn och unga tydligare en helhet och stärker verksamheten som riktas till barn under skolåldern. Förordningen harmoniserar mun- och tandvården för barn under skolåldern vars genomförande i dagens läge är brokigt och tryggar genomförandet av nödvändiga hälsoundersökningar.

2 DETALJMOTIVERING OCH TILLÄMPNINGSSANVISNINGAR

2.1 ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

I § Syftet med förordningen

Syftet med förordningen är att säkerställa att hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna för kvinnor och familjer som väntar barn och för barn under skolåldern, för elever och deras familjer samt för studerande är planmässiga, uppvisar en enhetlig nivå och tar hänsyn till individens och befolkningens behov i den kommunala hälso- och sjukvården.

Syftet med förordningen är att trygga tillräckligt enhetliga och regionalt likvärdiga tjänster, stärka de hälsofrämjande insatserna och effektivisera arbetet med tidigt ingripande och förebyggande av utslagning. Genom att förbättra genomförandet av förebyggande hälsotjänster så att det är planmässigt, uppvisar en enhetlig nivå och tar hänsyn till individens och befolkningens behov i olika delar av landet strävar man efter att minska socioekonomiska skillnader i hälsan bland befolkningen samt att utbudet av tjänster inte ska vara ojämnt och att det inte ska variera regionalt eller mellan olika hälsocentraler.

I denna publikation och i den nya förordningen är utgångspunkten en hälsouppfattning som alltid inbegriper även **mental hälsa**. Likaså ingår alltid även **främjande av mental hälsa** i främjande av hälsa.

Förutom hälsoundersökningar har traditionellt verksamhet med s.k. låg tröskel alltid ingått i rådgivningsverksamheten och skol- och studerandehälsovården. Sådan verksamhet betyder att föräldrar, barn eller ungdomar kan ta kontakt och ställa frågor om vardagliga hälsoproblem. I förordningen definieras verksamheten – hälsoundersökningar och hälsorådgivning – och det föreskrivs om en miniminivå för ordnande av denna verksamhet. Kommunerna kan dessutom ordna även mer omfattande och mångsidigare tjänster för barn, unga och barnfamiljer samt tjänster som rekommenderas i gällande handböcker.

Verksamheten som avses i förordningen ska täcka i alla kommuner alla gravida kvinnor och familjer samt barn och ungdomar tills läroplikten upphör och dessutom alla studerande som omfattas av studerandehälsovård som definieras separat. Hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna ska vara planmässig verksamhet så att de bildar en helhet som följer barnens, ungdomarnas och deras familjers välfärd och hälsa ända från början av graviditeten

till slutet av studierna. För att uppnå enhetlighet och regional jämlikhet styr förordningen rätt så detaljerat både tidpunkterna för undersökningar och innehållet i hälsorådgivningen. På det viset tryggas att verksamheten förblir tillräckligt enhetlig under barnets utveckling t.ex. då barnet flyttar från en kommun till en annan. Samtidigt möjliggörs insamling av uppföljningsinformation om t.ex. omfattande hälsoundersökningar, eftersom de omfattar samma åldersgrupper i alla kommuner och denna information är jämförbar i hela landet.

Väsentligt är en planmässig verksamhet som beaktar de i 1§ nämnda befolkningsgruppernas behov och som är tillräckligt enhetlig i hela landet. Varje enskilt barns, unga persons och deras familjers behov ska beaktas. Till exempel information om befolkningens åldersstruktur, antalet barnfamiljer, utbildning, yrkesgrupper, sysselsättning, etniska bakgrund, levnadssätt och hälsotillstånd skapar ett kunskapsunderlag för planering och ordnande av tjänster. Beaktande av individuella behov förutsätter ömsesidig diskussion med klienten och utredning av hans eller hennes önskemål och livssituation. På basis av de behov som tagits upp under hälsoundersökningar planeras en individuell, sammanhängande servicehelhet.

Finländarnas genomsnittliga hälsotillstånd har förbättrats under de senaste årtiondena, men de socioekonomiska skillnaderna är huvudsakligen likadana eller har till och med vuxit. Med socioekonomiska skillnader avses skillnader i hälsotillstånd, funktionsförmåga, sjukfrekvens och dödlighet mellan olika socioekonomiska befolkningsgrupper. Som indikatorer för den socioekonomiska ställningen används vanligen utbildning, socialklass som baseras på yrket, arbetsmarknadsställning samt inkomster och förmögenhet. Skillnaderna i hälsotillståndet mellan olika befolkningsgrupper har ofta sitt ursprung redan i småbarnsåldern, till och med i tiden före födseln. (Forsas et al. 1998, Gissler et al. 2003, SHM 2008c.) År 2010 kommer det ny information om barnens hälsa från Institutet för hälsa och välfärd (Mäki et al. 2010) och om sambandet mellan hälsoskillnader och föräldrarnas utbildningsnivå. Socioekonomiska hälsoskillnader kan minskas genom att rikta verksamheten till grupper där problemen hopar sig och där förbättring av hälsan har stor betydelse för hela befolkningens hälsa (SHM 2008c). Därför förutsätts det i förordningen att alla kommuner strävar efter att så tidigt som möjligt hitta de barn, ungdomar och familjer som är i behov av särskilt stöd och till exempel extra kontrollbesök.

2 § Tillämpningsområde

Förordningen tillämpas på i 14 § i folkhälsolagen (66/1972) avsedda rådgivningsbyråttjänster för gravida kvinnor och familjer som väntar barn samt för barn under skolåldern och deras familjer, på tjänster som gäller skol- och studerandehälsovård samt på förebyggande mun- och tandvård för barn och unga.

Förordningen tillämpas på mödra- och barnrådgivningstjänster som avses i folkhälsolagen, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga. Enligt förordningen ska man ordna för gravida kvinnor och familjer som väntar barn en omfattande hälsoundersökning under graviditeten. Förordningen innehåller inte andra bestämmelser om hälsoundersökningar för kvinnor som väntar barn eftersom föreskrifterna om mödravård från 1999 inte har uppdaterats. Bestämmelserna om ordnande av tjänster, identifiering av behov av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd samt bestämmelserna om omfattningen och innehållet av hälsorådgivning gäller också för tjänsterna för gravida kvinnor och familjer som väntar barn.

3 § Studerande berättigade till studerandehälsovård

I 14 § 1 mom. 6 punkten i folkhälsolagen avsedda läroanstalter, för vars studerande kommunen ska ordna studerandehälsovård, är

- 1) läroanstalter enligt lagen om yrkesutbildning (630/1998),
- 2) läroanstalter enligt lagen om yrkesinriktad vuxenutbildning (631/1998),
- 3) läroanstalter enligt gymnasielagen (629/1998),
- 4) läroanstalter enligt 2 § 3 och 5 mom. i lagen om fritt bildningsarbete (632/1998),
- 5) högskolor enligt yrkeshögskolelagen (351/2003),
- 6) universitet enligt 1 § i universitetslagen (645/1997),
- 7) läroanstalter inom polisbranschen enligt lagen om polisutbildning (68/2005),
- 8) läroanstalter enligt lagen om Brottpåföljdsområdets utbildningscentral (1316/ 2006),
- 9) Försvarshögskolan i fråga om studerande som bedriver andra studier än sådana militärvetenskapliga studier och militäryrkesstudier som krävs för en officerstjänst, samt
- 10) räddningsinstitut enligt lagen om Räddningsinstitutet (607/2006) samt läroanstalter enligt 15 § 2 mom. i räddningslagen (468/2003) som ger yrkesinriktad grundutbildning inom räddningsbranschen.

Bestämmelsen om läroanstalter som hör till studerandehälsovården motsvarar huvudsakligen den upphävda 3 § i folkhälsoförordningen. Nytt är punkt 9 som gäller de s.k. civilstuderande som studerar vid Försvarshögskolan. Enligt bestämmelsen är även de studerande som bedriver andra studier än sådana militärvetenskapliga studier och militäryrkesstudier som krävs för en officerstjänst, dvs. så kallade civilstuderande (årigen cirka tio studerande), vid Försvarshögskolan berättigade till studerandehälsovård. Dessa studerandes studiesociala förmåner är desamma som för dem som studerar vid universitet som avses i universitetslagen.

Såsom studerande vid en läroanstalt anses en studerande vid en läroanstalt enligt 1 mom. som studerar i en utbildning som enligt lagen om studiestöd (65/1994) berättigar till studiestöd. Enligt 1 och 7 § i lagen om studiestöd är studerande som bedriver heltidsstudier under minst två månader i en följd

efter fullgjord läroplikt berättigade till studiestöd. I en högskola kan studiestöd fås för avläggande av examen eller vetenskaplig påbyggnadsexamen eller för fullgörande av ett särskilt yrkesutbildande fortbildningsprogram. Den som avlagt högskoleexamen kan få studiestöd för fullgörande av en enskild studiehelhet, om tilläggsstudierna ger yrkesbehörighet eller tjänstebehörighet. Studiestöd kan fås för grundläggande yrkesutbildning och yrkesinriktad tilläggsutbildning samt för avläggande av gymnasiets lärokurs. Studiestöd kan fås för andra studier enligt vad som bestäms genom förordning.

Kommunen kan ordna studerandehälsovård även för andra än ovan avsedda studerande. Kommunen kan enligt egen prövning ordna hälsovårdstjänster för studerande vars läroanstalter inte nämns i förordningen eller studerande som bedriver studier under en kortare tid än två månader.

4 § Tillhandahållande av tjänster

Den myndighet som ansvarar för folkhälsoarbetet i kommunen ska godkänna enhetliga handlingsprogram för rådgivningsarbetet, skol- och studerandehälsovården samt den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga.

Ordnande av den verksamhet som avses i förordningen förutsätter samarbete mellan flera förvaltningsområden – i synnerhet mellan anordnare av småbarnsfostran, utbildning och undervisning samt organisationer som ansvarar för folkhälsoarbete. Samtidigt behövs samarbete även för barnens och ungdomarnas hela uppväxttid och utveckling. Förutom gravida kvinnors, barns och ungdomars välfärd och hälsa ska hela familjens välfärd bedömas och stödjas. En sådan mångsidig verksamhet förutsätter absolut tillräckligt täckande och långsiktig planmässighet. Därför förutsätts i förordningen att myndigheten som ansvarar för folkhälsoarbetet ska godkänna det enhetliga handlingsprogrammet som täcker verksamhetshelheten vilken avses i förordningen. Med handlingsprogrammet strävar man efter att trygga att kommunens invånare som bor i olika delar av kommunen får enhetlig service vid kommunens olika serviceställen så att olika befolkningsgruppers behov beaktas. Målet är att verksamhetsprogrammet är en del av kommunens mer omfattande verksamhets- och ekonomiplan som uppgörs för en fullmäktigepperiod. Det rapporteras årligen i verksamhetsberättelsen om genomförandet av verksamheten och resultaten. Verksamhetsberättelsen tillställs kommunens förtroendeorgan som ansvarar för folkhälsoarbetet.

Handlingsprogrammet kan bestå av olika delar (t.ex. handlingsprogram för mödrarådgivning och barnrådgivning), men det måste bilda en smidig helhet som täcker alla åldersgrupper och tjänster. Handlingsprogrammet bör höra ihop med helhetsplanen för främjande av barnens och ungas välfärd och ordnande av barnskydd; helhetsplanen förutsätts i den nya barnskyddslagen (se kapitel 2.5).

Vid hälsocentralen ska utnämnas en ansvarig person som ansvarar för utveckling och koordinering av verksamheten som beskrivs i handlingspro-

grammet samt för uppföljning av helheten. Olika delfunktioner kan ha egna ansvariga personer. Dessutom är det nödvändigt att komma överens om förfarandesätt, arbetsfördelning och samarbete (till exempel om ordnande av omfattande hälsoundersökningar, samarbete med dagvård och elevvård, samarbete i fråga om tjänster för barn och familjer som behöver särskilt stöd). Ett enhetligt handlingsprogram underlättar både den enskilda anställdas arbete och multiprofessionellt samarbete och möjliggör statistikföring och tillsyn över efterlevnaden av förordningen.

Vid beredningen av handlingsplanen ska beaktas att lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, nedan patientlagen) tillämpas på ordnande av hälsoundersökningar och hälsorådgivning enligt förordningen. Patientlagen innehåller bestämmelser om rätt till information och självbestämmanderätt. En *minderårig* patients åsikter om en vård- eller behandlingsåtgärd ska utredas, om det med beaktande av patientens ålder eller utveckling är möjligt. Vården av en minderårig patient ska ske i samförstånd med patienten, om han eller hon med beaktande av ålder eller utveckling kan fatta beslut om vården. Handlingsprogrammet ska innehålla anvisningar om förfarandet i fråga om tillämpning av centrala bestämmelser i patientlagen och i synnerhet om att skaffa vårdnadshavarens skriftliga samtycke för utbyte och utlämning av de uppgifter som samarbetet förutsätter (se kapitel 3.2).

Handlingsprogrammen ska utarbetas i samarbete med socialväsendet och undervisningsväsendet.

Målet med gemensam beredning är att tjänsterna som ingår i kommunens olika verksamhetsområden kompletterar varandra och bildar ur klientens synpunkt en meningsfull helhet som täcker olika åldersstadier. Handlingsprogrammet som gäller för tjänster för barn under skolåldern ska göras i samarbete med småbarnsfostran och barnskyddet. Handlingsprogrammet för skol- och studerandehälsovården bereds i samarbete med den övriga skol- och elevvården och undervisningsväsendet. Målet är att bygga upp ett gemensamt handlingsprogram så att olika verksamhetsområden samverkar för att främja barnens och ungdomarnas hälsa och välfärd.

Särskilt bör beaktas att verksamheten samordnas i olika övergångssked: då barnet och familjen övergår från mödrarådgivningen till barnrådgivningen och dess tjänster, från barnrådgivningen till skolhälsovården och vidare till studerandehälsovården.

När verksamheten ordnas ska man ta i beaktande barnets, den unga personens och hela familjens rätt att delta och få stöd. Möjliggörande av delaktighet och stöd förutsätter ett aktivt lyssnande av barnet, den unga personen och familjen, tillräcklig kännedom, förmåga att läsa situationen, respekt för klientens rättigheter och beslutsfattande samt förmåga att vinna förtroende. Åtgärder som stöder barnens, ungdomarnas och barnfamiljernas deltagande beskrivs i handlingsprogrammet.

Hälsoundersökningarna och den hälsorådgivning som planeras utifrån dem ska bilda en planmässig helhet så att individen och familjen har möjlighet att delta i dem.

Trots att förordningen föreskriver särskilt om hälsorådgivning och hälsokontroller, ingår hälsorådgivning i det praktiska arbetet som en väsentlig del i varje hälsoundersökning. Hälsoundersökningarna och hälsorådgivningen som baserar sig på dem ska bilda ett kontinuum från början av graviditeten till slutet av studierna. Oberoende av de olika servicestrukturerna i kommunerna ska verksamheten som avses i förordningen ordnas så nära användaren av tjänster som möjligt. Ur barnfamiljernas synpunkt är det viktigt att till exempel rådgivningstjänster är lätt tillgängliga. Rekommendationer om ordnande av skol- och studerandehälsovårdstjänster i samband med skolor och läroanstalter presenteras i Kvalitetsrekommendation för skolhälsovården (på finska, STM 2004b) och Handbok för studerandehälsovården (SHM 2006b).

När dessa tjänster tillhandahålls ska uppmärksamhet också ägnas åt de miljöer där barn och unga utvecklas.

Med miljöer där barn och unga utvecklas avses alla de miljöer där barnet och den unga personen växer och utvecklas och där han eller hon själv ingår i och interagerar med andra människor. Centrala miljöer där barn och unga utvecklas är hemmet, miljöer som hör till småbarnsfostran, skolan samt fritidsmiljöer, inklusive virtuella miljöer. Tjänsterna som avses i förordningen har för sin del i uppgift att stödja miljöerna där barn och unga utvecklas. Målet är att tjänsterna för barnfamiljer bildar en helhet med utgångspunkt i familjen och att man vid ordnande av dessa tjänster beaktar de olika miljöer där barn utvecklas enligt riktlinjerna i Kaste-programmet.

Då tjänster planeras och ordnas ska den viktigaste miljön där barn utvecklas, familjens mångfald i dagens samhälle, beaktas. Barnens och barnfamiljernas omvärld samt familjestrukturerna har ändrats: familjestorleken har minskat, skilsmässor (både sambor och makar) har ökat och familjestrukturerna har blivit mer varierande (Paajanen 2007). Lagen om registrerat partnerskap (2002), lagen om assisterad befruktning (2007) och adoptionslagen (1985) har för sin del påverkat definitionen av familj. Bland rådgivningens klienter finns också ensamstående föräldrar, ombildade familjer samt kvinnliga och manliga par med barn. Antalet så kallade regnbågsfamiljer och deras barn håller på att öka (Jämsä 2009). Flerlingsfamiljerna ställer egna utmaningar på planering av tjänster (se Karhumäki 2009).

Hälsoundersökningar och hälsorådgivning ska efter behov ordnas på multiprofessionell basis. De uppföljningsuppgifter om kommuninvånarnas hälsa och välbefinnande som har inhämtats vid hälsoundersökningarna och hälsorådgivningen ska användas vid planering av tjänsterna.

Vid planering och genomförande av hälsorådgivning och hälsoundersökningar är det behövligt att utnyttja sakkunnigheten som andra som arbetar med

barnfamiljer i kommunen samt den specialiserade sjukvården har. Det lönar sig att planera i förväg hur samarbetet med småbarnsfostran, psykologen, talterapeuten eller familjearbetare utnyttjas. Till exempel kan man överväga vilka delar av hälsoundersökningen det vore ändamålsenligt att låta en barnträdgårdslärare utföra (t.ex. lek, sociala kunskaper). Det lönar sig att beskriva principerna för ordnande av multiprofessionell verksamhet i det ovan nämnda handlingsprogrammet. I många kommuner har tjänster för barnfamiljer samlats ihop så att de bildar ett familjeservicenätverk eller en familjecentral. Detta möjliggör ett planmässigt och långsiktigt utnyttjande av flera yrkesgruppers verksamhet vid ordnande av hälsoundersökningar och hälsorådgivning. Som exempel kan nämnas ordnande av familjeförberedelse, föräldragrupsverksamhet eller annan rådgivning i gruppform samt att en fysioterapeut deltar i bedömningen av barnens fysiska kondition.

I skolor och andra läroanstalter finns en *elev- och studerandevårdsgrupp*, i vilken man kan komma överens om till exempel stöd som ordnas för eleven och elevens familj och arbetsfördelningen. Även mer omfattande helheter kan behandlas i gruppen, till exempel kris- och säkerhetsplanen och resultat från skolhälsoenkäten, och man kan göra förslag på basis av dem för utveckling och ordnande av hälsoundersökningar och hälsorådgivning.

Planering, inriktning och ordnande av verksamheten ska basera sig på uppgifter om barnens, ungdomarnas och familjernas hälsa och välfärd i den egna kommunen eller filialen samt om faktorer som påverkar dem. Ett enhetligt handlingsprogram för innehållet i samt antalet och omfattningen av hälsoundersökningar och hälsorådgivning tryggar kvalitetsnivån på tjänsterna och gör det möjligt att få jämförbar information om befolkningens hälsotillstånd och tillgängligheten, användningen och omfattningen av tjänster. Folkhälsolagens 14 § förpliktar kommunen att följa hur kommuninvånarnas hälsotillstånd utvecklas i de olika befolkningsgrupperna. Uppgifter om hälsa och välbefinnande som har kommit fram i hälsoundersökningar av en åldersgrupp och som gäller ifrågavarande befolkningsgrupp ska beaktas vid planering, genomförande och bedömning av tjänster som behövs för genomförande av hälsorådgivning och hälsoundersökningar.

2.2 HÄLSOUNDERSÖKNINGARNAS INNEHÅLL OCH OMFATTNING

Med **hälsoundersökning** avses undersökning av hälsotillståndet samt arbets- och funktionsförmågan som görs med hjälp av kliniska undersökningar eller andra ändamålsenliga och tillförlitliga metoder samt utredning av hälsotillståndet med hänsyn till främjandet av hälsan. (Statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis samt om företagshälsovårdens innehåll, yrkesutbildade personer och sakkunniga och den utbildning som krävs av inom företagshälsovården 1484/2001; efterföljningen av definitionen är anpassad).

Kommunen ska ordna återkommande hälsoundersökningar för alla som hör till en på förhand fastslagen ålders- eller årsklass eller annan kategori samt hälsoundersökningar som utgår från individuella behov.

Till återkommande hälsoundersökningar kallas hela ålders- eller årsklassen. Syftet är att den återkommande hälsoundersökningen omfattar alla som hör till ifrågavarande befolkningsgrupp, även långtidssjuka, handikappade eller omhändertagna barn. Så säkras att barn, ungdomar och familjer är jämlika i fråga om uppföljning av hälsa och välfärd. Dolda problem och behov av stöd kan komma fram endast om hela den i förväg definierade befolkningen undersöks och uppföljningen är tillräckligt tät.

Tidigare har man gett anvisningar om hälsoundersökningar och tidpunkter för dem i Handboken om barnrådgivningen (SHM 2004a), handboken Skolhälsovården (Stakes 2002), Kvalitetsrekommendation för skolhälsovården (SHM 2004b) och Handbok för studerandehälsovården (SHM 2006b). Bestämmelserna i förordningen om minimiantalet återkommande hälsoundersökningar, tidpunkterna för och innehållet i undersökningarna avviker delvis från de tidigare anvisningarna. Ändringarna motiveras närmare i denna publikation.

Hälsoundersökningar kan ordnas utgående från individuella behov även under andra tidpunkter och för andra grupper – till exempel för elever i klass 10 – eller för planering och ordnande av särskilt stöd eller vård eller till exempel för invandrare. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid ordnande av mångsidiga hälsoundersökningar för barn som är klienter inom barnskyddet. För barn i vård utom hemmet och i barnhem ordnas hälsoundersökningarna även som en del av placeringskommunens basservice.

Förutom hälsoundersökningarna bör man trygga möten enligt individuellt behov. Den anställda ska ha möjlighet att smidigt möta barnet, den unga personen och hans/hennes familj på grund av sin egen oro för barnet. Dessutom ska barnen, ungdomarna och deras familjer ha möjligheten att smidigt boka extra besök enligt individuella behov och livssituation.

En hälsovårdare, barnmorska eller läkare ska försöka utreda behovet av stöd hos dem som inte deltar i de återkommande hälsoundersökningarna.

Förordningen förpliktar kommunerna att erbjuda alla särskilt definierade befolkningsgrupper möjligheten att delta i återkommande hälsoundersökningar. Deltagandet är dock frivilligt för barn, unga och familjer. Över 99 % av dem som fått kallelse har kommit t.ex. till mödra- och barnrådgivningens återkommande hälsoundersökningar. På basis av undersökningar (t.ex. Rintanen 2000) vet man att de som uteblir från återkommande hälsoundersökningar har en större risk att bli socialt utslagna än de som deltar i undersökningarna. Behovet av stöd och fortsatt utredning för dem som inte deltar i undersökningar kan vara större än i genomsnitt. Därför poängteras i förordningen särskilt barnens, ungdomarnas och familjernas situation och

behov av stöd då någon uteblir från en återkommande hälsoundersökning. Antalet uteblivna klienter ska kontinuerligt följas och orsaker till uteblivande ska utredas, även då orsakerna har att göra med praktiska arrangemang av återkommande undersökningar. Det rekommenderas att samma princip följs vid mun- och tandvård. Behov av stöd kan utredas genom att kontakta familjen eller ordna ett hembesök. När orsaker till uteblivande utreds kan det i vissa fall finnas behov att samarbeta med andra sektorer (t.ex. familjearbete inom barnskydd, småbarnsfostran, elev- och studerandevård). För att nå familjer som ofta flyttar kan man utnyttja kommunernas uppgifter om flyttanmälningar.

En hälsoundersökning kan göras av en hälsovårdare, barnmorska eller läkare eller av en hälsovårdare eller barnmorska tillsammans med en läkare (omfattande hälsoundersökning). En undersökning av munnen kan göras av en tandläkare, munhygienist eller tandskötare.

Endast yrkesutbildade personer som nämns i bestämmelsen kan göra hälsoundersökningar. Förutom hälsovårdaren gör barnmorskan enligt sin utbildning hälsoundersökningar av gravida kvinnor och familjer som väntar barn. Omfattande hälsoundersökningar görs alltid som samarbete mellan en hälsovårdare och/eller en barnmorska och en läkare, fastän de kan vara en kombination av flera än ett besök. I praktiken deltar hälsovårdaren och/eller barnmorskan i allmänhet även i andra läkarundersökningar förutom den omfattande hälsoundersökningen. I bestämmelsen har också förtydligats att en undersökning av munnen enligt förordningen kan göras endast av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård. Också en hälsovårdare kan göra en bedömning av munhälsan.

Hälsoundersökningen utförs

- av en hälsovårdare eller barnmorska;
- av en läkare;
- av en hälsovårdare eller barnmorska och en läkare (omfattande hälsoundersökning); eller
- som en undersökning av munnen som görs av en tandläkare, munhygienist eller tandskötare

Motiveringar för återkommande hälsoundersökningar för en hel åldersklass

1) Den psykosociala utvecklingen

Förutom uppföljning av utvecklingen och upptäckten av eventuella utvecklingsförseningar behövs tillräckligt tät uppföljning vid rådgivningen för att bidra till en tidig växelverkan mellan barnet och föräldrarna och för observation av eventuella problem. Undersökningar betonar möjligheterna i och vikten av identifiering av problem i växelverkan mellan vuxna och barn och tidigt ingripande. Det har konstaterats i undersökningar att tidig växelverkan utgör en prognos för barnets senare utveckling och välfärd. (Luoma et

al. 2004, Mäntymaa 2006, Kemppinen 2007.) Genom att observera problem i tidig växelverkan mellan mamman och spädbarnet kan man känna igen barn vars psykiska utveckling ligger i riskzon samt ge förebyggande hjälp (Mäntymaa 2006). Tidiga beteendestörningar är en risk för senare utanförskap och vård av dem genomförs ofta via familjegrupper och borde helst påbörjas redan före skolåldern (Dretzke ym. 2005).

Avvikelse i barnets eller den unga personens förmåga att vara i kontakt med andra människor samt i att enligt sin åldersnivå hantera styrkan av sina egna känslor och sitt eget beteende är viktiga tecken på rubbning av den mentala hälsan. Medfödda skillnader mellan barn (deras temperament) är stora, men avvikelser i förmågan att ta kontakt och hantera sina känslor förutspår både depression och beteendestörningar (Essex et al. 2006). Tidig depression borde identifieras under barnets tre första år och beteendestörningar före förskoleåldern, då det är den bästa tiden att ge vård för dem. Många mentala störningar bland vuxna har sitt ursprung i ungdomen, så det är centralt att de första tecknen identifieras på det åldersstadiet. Det är nödvändigt att identifiera depressionssymptom, isolering samt beteendesymp-tom och användning av alkohol och narkotika redan i högstadieåldern för att möjliggöra tidigt ingripande och vård samt för att trygga utvecklingen under ungdomsåren (Lepistö et al. 2006, Marttunen & Kaltiala-Heino 2007).

Om det visar sig att barnet har problem med den neurologiska utvecklingen, är det nödvändigt att bedöma även barnets psykosociala verksamhetsförmåga. En stor del av barn med koncentrationssvårigheter har beteendeproblem. Dyslexi kombinerat med beteendeproblem är en allvarlig riskfaktor för social utslagning.

2) Den fysiska hälsan, tillväxten och utvecklingen

Barnet växer och utvecklas snabbt under de första levnadsåren. Uppföljning av utvecklingen kräver tillräckligt täta besök så att tillväxtstörningar och utvecklingsförseningar i färdigheter som uppnås under vissa sensitiva perioder kan upptäckas i tid.

Uppföljning av barnens och ungdomarnas tillväxt kan avslöja många olika allmänsjukdomar (t.ex. funktionsstörningar i sköldkörteln och binjurebarken, celiaki, brist på tillväxthormon), vars vård skulle bli avsevärt försenad om sjukdomen skulle diagnostiseras först på basis av andra symtom. Nu-förtiden finns det effektiva behandlingar för nästan alla tillväxtstörningar förutom en del svåra skelettsjukdomar. De psykosociala följderna av tillväxtstörningar bör förutses och vårdas även då det inte finns någon botande vård. Diagnosen är viktig även med tanke på ärftlighetsrådgivning. Det är viktigt för familjen att känna till risken under kommande graviditeter och i vissa fall vara beredd på t.ex. prenatalvård. (Dunkel 2008.)

Bedömning av tillväxten förutsätter en longitudinell uppföljning av tillväxten, att man ritar in i och kontinuerligt kompletterar tillväxtkurvan samt tolkning av resultaten med stöd av regler för tillväxtscreening. Till exempel är det viktigt att observera ifall barnets tillväxtkurva stiger, vilket kan

vara ett tecken på begynnande övervikt, eftersom det är lättare att förebygga viktökning innan vikten utvecklas till betydande övervikt (Ojaniemi 2009). Det har utarbetats enhetliga grunder för icke-brådskande vård (SHM 2009e) för vård av både tillväxtstörningar och övervikt hos barn. Avvikelser i tillväxten av barnets huvudomfång kan vara ett första symptom på att skullbenen förbenas för tidigt, på sjukdomar i kraniet eller strukturella avvikelser: tidig diagnostisering och behandling förbättrar prognosen för barnet.

En del av hjärtfelet upptäcks inte i undersökningen på förlossningssjukhuset, så en viktig del av varje återkommande hälsoundersökning som utförs av en läkare på rådgivningen är att lyssna på barnets hjärta (Jokinen 2008). Med hjälp av uppföljning av den fysiska hälsan kan man upptäcka sjukdomar och strukturella utvecklingsavvikelser vars tidiga vård förbättrar prognosen och minskar behovet av behandlingar. Med hjälp av uppföljning av den fysiska hälsan kan man upptäcka även andra sjukdomar och strukturella utvecklingsavvikelser.

3) Syn och hörsel

Försenad upptäckt och behandling av barnets ögonsjukdomar och synrubbningar kan leda till bestående synförsämring (Hyvärinen 2009) och försvåra barnets förmåga att klara sig i skolan och senare i livet.

Tidig upptäckt av hörselrubbningar är viktigt för att trygga utvecklingen av barnets kommunikation, tal och känsloliv samt den intellektuella och fysiska utvecklingen.

4) Munhälsa

Förutsättningarna för upprätthållande av livslång munhälsa skapas under småbarnsåldern. Till det hör att man tidigt förhindrar smitta av mutansstreptokocker genom att förhindra att barnet får saliv från en annan person i sin mun samt att goda munhygien- och matvanor tillägnas sedan spädbarnsåldern. Barn som redan två år gamla har mutansstreptokocker i mikrobstammen i munnen får i genomsnitt oftare och när de är yngre hål än de barn som inte har bakterietillväxt på tandytorna. Mamman är barnets huvudsakliga smittokälla för mutansstreptokocker. Det har konstaterats att om mamman regelbundet använder xylitoluggummi minskar sannolikheten av både tidig mutansstreptokocksmitta och hål i barnets tänder. De kritiska åldersstadierna för karies är 0–2 år, 5–7 år och 10–13 år.

Barnen får vanligen sina första tänder 6–8 månader gamla. Nya mjölk-tänder har mjuk emalj och får lätt hål och därför ska tandborstning påbörjas redan när de första tänderna brutit fram.

Tandsprickningen iakttas trots att störningar av tandsprickning är ovanliga. En del sjukdomar såsom funktionsstörning i sköldkörteln, Downs syndrom och vissa sällsynta syndrom som visar sig på huvudet eller ansiktssområdet kan fördröja tandsprickningen. Munsjukdomar uppvisar sällan symptom och kan därför ofta förbli oupptäckta. Betydelsen av återkomman-

de hälsoundersökningar är stor så att munsjukdomar ska kunna upptäckas i tid och främjande av hälsan kan stödjas och effektiviseras. (Se även www.terveyskirjasto.fi.)

5) Störningar i och problem med den neurologiska utvecklingen

Utvecklingsavvikelser som påverkar barnets sätt att fungera förhindrar eller försvårar barnets deltagande, sociala interaktion och inläring. Svåra utvecklingsavvikelser (CP-skador, utvecklingsstörning, autism samt grav störning i tal- och språkutvecklingen) bör upptäckas vid 1–3-årsåldern, lindrigare (fördröjningar i språkutvecklingen, perceptionstörningar och fördröjningar i fin- och grovmotoriken samt lindrigare kognitiva problem, kontaktproblem och koncentrationssvårigheter) senast i förskoleåldern. (Voutilainen 2008.)

Utvecklingsdrag och riskfaktorer som pekar på inlärningsproblem ska identifieras tidigt så att man kan ordna rätt slags stöd i barnets vardagsmiljö och vid behov tidig rehabilitering före skolstarten. Noggranna undersökningar för tidigt upptäckande av problem och utvecklingsfördröjningar och ordnande av tillräckliga stödåtgärder motiveras av att särskilda svårigheter i utveckling och lärande, så som språkproblem, korrelerar med senare marginalisering.

Upptäckande av barn och ungdomar i behov av särskilt stöd och erbjudande av stöd förutsätter att hela åldersklassen undersöks (Valtonen 2009). En del av barnen och ungdomarna i behov av stöd blir hjälpta av handledning och rådgivning. Det har konstaterats att tidigt, heltäckande stöd som erbjuds före skolåldern vid inläringssvårigheter effektivt förebygger problem. Obehandlade inläringssvårigheter försvårar barns och ungdomars framtid. (Lyytinen 2009.)

Tydliga problem med inläringen i början av skolgången kan förutses tillräckligt bra redan vid fyra års ålder (Valtonen 2009). Därför har man i förordningen tidigarelagt den omfattande undersökningen för femåriga barn till fyra års ålder. Det rekommenderas att man ska vid bedömning av utvecklingen använda Lene-bedömningen (Den neurologiska bedömningen av barn i lekåldern), som redan används brett på rådgivningsbyråer och som är den bredaste och i Finland bäst undersökta metoden för bedömning av den neurologiska utvecklingen.

6 § Hälsoundersökningarnas innehåll

Vid en hälsoundersökning ska utgående från den undersöktas ålder och individuella behov hans eller hennes tillväxt, utveckling och välbefinnande kartläggas med hjälp av intervjuer, kliniska undersökningar och vid behov med andra metoder. Familjens välbefinnande utreds genom en intervju. Den undersöktas önskemål och åsikter ska klargöras och beaktas på det sätt som hans eller hennes utvecklingsnivå förutsätter.

Barnets och den unga personens ålder och utvecklingsstadium samt hela familjens livssituation är utgångspunkter för hälsoundersökningen. Indivi-

dualitet och klientorientering är viktiga principer som styr rådgivningsverksamheten samt skol- och studerandehälsovården. Till exempel familjer som väntar och uppfostrar sitt första barn behöver ofta mer information och stöd och således även i genomsnitt mer tid. I hälsoundersökningen fästs uppmärksamhet vid förutsättningar för ett hälsosamt och tryggt liv för barnet, den unga personen och familjen samt vid barnets och föräldrarnas kunskaper att göra livsstilsval som främjar hälsan. När tid för hälsoundersökning bokas ska barnets, den unga personens och familjens särskilda behov som man redan har vetskap om eller kan förutse beaktas, och vid behov ska extra besök ordnas.

I hälsoundersökningarna betonas alltid ömsesidig diskussion mellan personalen, barnet eller den unga personen och hans/hennes vårdnadshavare. Beaktande av barnets, den unga personens och hans/hennes föräldrars önskemål och åsikter förutsätter aktivt lyssnande, tillräcklig kännedom av barnet, den unga personen och familjen, förmåga att läsa situationen, respekt för klientens rättigheter och beslutsfattande samt att personalen får familjens förtroende. Barn och unga intervjuas enligt sin åldersnivå och de ska få tillräckligt med tid och positivt gensvar. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid hörande av barnens och ungdomarnas behov och erfarenheter och vid stöd av deras resurser.

Informationsutbyte mellan de yrkesutbildade personer som deltar i hälsoundersökningen (t.ex. mellan rådgivningen och skolan, skol- eller studerandehälsovården och skolan och läroanstalten samt mellan andra yrkesutbildade personer som arbetar med barnet, den unga personen och familjen) är möjligt med tillstånd av vårdnadshavaren eller beroende på ålders- och utvecklingsstadiet med barnet eller den unga personen. Vid beredningen av hälsoundersökningar ska familjen informeras om undersökningens innehåll och gång, samarbete om bedömning av hälsotillståndet, välfärds- och hälsoplanen, service, informationsspridning och tillståndsplikt gällande uppgifter.

Vad anbelangar hälsoundersökningar bör särskild uppmärksamhet fästas vid att förfaringssätten är pålitliga och enhetliga. Nationellt rekommenderad god praxis ska användas enligt rekommendationerna. Användning av pålitliga, standardiserade förfaringssätt och ett enhetligt sparande av uppgifter i den elektroniska patientjournalen är förutsättningar för jämförbarheten av uppgifterna och uppföljningen av kommuninvånarnas hälsa och välfärd. Samtidigt möjliggörs insamling av jämförbara uppgifter som täcker hela landet. Vid Institutet för hälsa och välfärd bereds en handbok om mätningar och undersökningar som görs och strukturerade enkäter som används inom rådgivningsarbetet och skolhälsovården (se kapitel 3.4).

Förutom den fysiska och neurologiska utvecklingen ingår i hälsoundersökningen alltid utredning av den psykosociala utvecklingen, tryggheten, de mänskliga relationerna och den mentala hälsan både i hemmet och i andra miljöer där barn och unga utvecklas. Bedömning av barnets egen välbefinnande och den psykosociala funktionsförmågan bör utvecklas till ett sys-

tematiskt förfarandesätt vid landets alla rådgivningsbyråer och inom hela skolhälsovården. Den yrkesutbildade personalen borde aktivt föra barnets välbefinnande på tal med föräldrarna. Man bör fråga föräldrarna om de känner oro för sitt barns välbefinnande eller psykosociala utveckling (Kumpulainen och Kemppinen 2000). Det är känt att tröskeln för att föra eventuell oro för barnets välbefinnande eller symptom på tal är hög för föräldrarna (Cassidy och Jellinek 1998). Det är också motiverat att diskutera med föräldrarna vad de anser vara barnets positiva och starka sidor och hur de förmedlar detta till barnet.

Man ska också fästa uppmärksamhet vid eventuell mobbning (både som förövare eller offer) och igenkännande av tecken på illabehandling såsom blåmärken. Dessutom bedöms barnets och den unga personens hälsovanor och fysiska kondition under hälsoundersökningen.

Utredning av hela familjens välfärd innebär att man sätter sig in i familjens levnadsförhållanden (boende, försörjning, möjligheterna att få hjälp av närstående osv.), föräldrarnas hälsa och i synnerhet i sådana sjukdomar eller andra problem som kan ha betydelse för barnets och den unga personens tillväxt och utveckling (psykiska sjukdomar, beroende av alkohol eller narkotika osv.), i parförhållandet och föräldraskapet. Bedömning av familjens välfärd beskrivs noggrannare i kapitlet om de omfattande hälsoundersökningarnas innehåll (7 §).

I samband med hälsoundersökningen strävar man efter att förstärka barnets, den unga personens och hela familjens välfärd, resurser och föräldrarnas förmåga att fungera för hela familjens bästa. Med alla familjer diskuterar man om familjens livssituation och hälsovanor (näring, motion, användning av alkohol och narkotika, tid som tillbringas tillsammans, gemensamma saker som bringar glädje) samt om eventuella problem gällande en viss livssituation (t.ex. våld i parförhållanden och andra nära relationer, missbruk och psykiska problem, problem med boende och försörjning). Barnet, den unga personen och hans/hennes vårdnadshavare får respons på deras färdigheter och resurser i deras livssituation; särskilt uppmärksammas föräldraskapets resurser och stödande av föräldrarna i deras uppfostringsuppgifter. Föräldrarna ska få tydlig information om vad ett litet barn behöver av sina föräldrar för att utvecklas och må bra.

Omfattande hälsoundersökningar är omfattande för alla klienter, men mellan dessa undersökningar kan man allokera arbetstid enligt familjernas individuella behov. Även i en kort hälsoundersökning ingår alltid frågor om hur klienten mår.

Bedömningen av den undersöktas hälsotillstånd och eventuella behov av fortsatta undersökningar, stöd och vård ska göras tillsammans med den undersökta och beroende på den undersöktas ålder, också med vårdnadshavarna. Vid behov görs en individuell plan för välbefinnande och hälsa eller revideras en tidigare plan.

En hälsoundersökning är en funktionell helhet som kan bestå av flera delar eller flera separata undersökningar och intervjuer. Hälsoundersökningen slutförs med en helhetsbedömning om hälsotillståndet och vid behov med en plan om behov av fortsatta undersökningar, stöd och vård. En bedömning om hälsotillståndet bör göras i samarbete med barnet, den unga personen och hans/hennes familj. Därför är det nödvändigt när undersökningen slutförts att en hälsovårdare eller barnmorska och läkare samlar ihop helhetsresultaten för hälsoundersökningen och redogör för den på ett förståeligt sätt. På det viset kan man tillsammans betrakta hälsotillståndet och faktorer som påverkar det och avväga behovet och karaktären av eventuella fortsatta åtgärder.

I 4a § i patientlagen förpliktas personalen att vid behov utarbeta en plan för hälso- och sjukvård. I detta sammanhang används termen plan för välbefinnande och hälsa (se handboken Skolhälsovården, Stakes 2002). När behovet av särskilt stöd identifieras skrivs alltid behovet av fortsatta undersökningar, stöd och vård in i planen för välbefinnande och hälsa (se 13§). Ifall det konstateras att barnet, den unga personen eller familjen behöver extra stöd, planeras alltid det behövliga stödet tillsammans med ifrågavarande klient, och stödet ordnas vid behov i multiprofessionellt samarbete.

Vid utarbetandet av planen för välbefinnande och hälsa deltar alltid med ifrågavarande klients samtycke vid behov andra yrkesutbildade personer som arbetar med samma barnfamilj. Förutom planen för välbefinnande och hälsa kan det utarbetas även andra planer för barnet. Med stöd av 7 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) utarbetas för barn inom dagvård i samarbete med föräldrarna en *plan för småbarnsfostran*. Förutom detta utarbetas med stöd av 7a § i lagen om barndagvård en *rehabiliteringsplan* för barn som är i behov av speciell vård och fostran. För barn inom förskoleundervisningen kan man utarbeta en individuell *plan för barnets förskoleundervisning* och inom den grundläggande utbildningen en *plan för elevens lärande*. För klienter inom barnskyddet utarbetas alltid en *klientplan*. Målet är att de som utarbetar planen har kännedom om eventuella andra planer angående barnet och att planerna i tillämpliga delar kompletterar varandra. I samband med hälsoundersökningarna kommer man också alltid överens om att ge respons åt andra yrkesutbildade personer som arbetar med barnet. Detta skrivs in i planen för välbefinnande och hälsa.

7 § De omfattande hälsoundersökningarnas innehåll

I den omfattande hälsoundersökning som riktar sig till en familj som väntar barn undersöks förutom moderns och fostrets hälsotillstånd också familjens välbefinnande genom en intervju och vid behov med andra metoder. Den omfattande hälsoundersökning som riktar sig till barn under skolåldern och elever innehåller en intervju med vårdnadshavarna och en utredning av hela familjens välbefinnande till den del det är nödvändigt för att vård och stöd ska kunna ordnas.

En del av de återkommande hälsoundersökningarna är omfattande. Under dessa bedömer hälsovårdaren eller barnmorskan och läkaren tillsammans och vid behov i samarbete med andra yrkesutbildade personer förutom den gravida kvinnans, barnets eller den unga personens hälsa också hela familjens välbefinnande. Om bedömning av föräldrarnas välbefinnande inte ingår i undersökningen kan den inte kallas en omfattande undersökning och inte statistikföras som en sådan (se kapitel 6.1). I en omfattande hälsoundersökning ingår även att man ber den yrkesutbildade personen som ansvarar för barnet inom småbarnsfostran eller den grundläggande undervisningen utarbeta en bedömning om barnets välfärd. Omfattande undersökningar kan vid behov ordnas även mellan de återkommande omfattande undersökningarna, om det finns särskilt behov att utreda eller följa övergripande utvecklingen av välfärd och hälsa.

Båda föräldrarna får alltid kallelse till en omfattande hälsoundersökning. I föräldrarnas hälsojournaler och vid behov i barnets hälsojournal görs alltid behövliga anteckningar om deras deltagande i den omfattande hälsoundersökningen samt om undersökningsresultaten och andra observationer som fås i samband med undersökningen (se kapitel 3.1).

Multiprofessionellt genomförande av en omfattande hälsoundersökning förutsätter inte att olika yrkesgrupper bör träffas samtidigt, men det förutsätter att läkaren och hälsovårdaren tillsammans och i samarbete gör en plan i förväg, en bedömning om hela familjens välfärd och vid behov en plan för välbefinnande och hälsa. I projektet för familjecentrerad skolhälsovård i Forssa har man fått bra erfarenheter från omfattande undersökningar som hälsovårdaren och läkaren genomfört tillsammans (Hietanen-Peltola et al. 2010). Verksamhetsmodellen för samarbete och arbetsfördelning mellan hälsovårdare och läkare skrivs in i handlingsprogrammet som avses i 4 § 1 mom. i förordningen.

Med vårdnadshavarnas skriftliga samtycke kan man vid behov i den omfattande hälsoundersökningen utnyttja det kunnande som annan yrkesutbildad personal som samarbetar med ifrågavarande barnfamilj inom hälsovården (till exempel talterapeut, psykolog, fysioterapeut och ergoterapeut) och inom social- och undervisningsväsendet (till exempel dagvård, familjearbete, skolkurator, skolpsykolog) har. I tillståndsförfaranden följs ikraftvarande bestämmelser och vid behov används ett formulär för att få föräldrarnas skriftliga samtycke (se kapitel 3).

Förutom undersökning av mammans och fostrets hälsa som ingår i **mödrarrådgivningens** normala praxis i samband med hälsoundersökningar, fästs i den omfattande undersökningen mera planmässigt än tidigare uppmärksamhet vid hela familjens välfärd. I den omfattande hälsoundersökningen för en familj som väntar sitt första barn ingår också utredning av munhälsan. Föräldrarna hänvisas från rådgivningen till mun- och tandvårdstjänster om de är i behov av vård eller om det har gått flera år sedan det senaste besöket. I mödrarrådgivningens omfattande hälsoundersökning diskuteras i förväg födelsen av spädbarnet samt förväntningarna gällande familjesituationen som

håller på att ändras, eventuella rädslor ur de båda föräldrarnas och barnens synpunkt, familjens sociala relationer och resurser.

Utgångspunkten vid utredningen av familjens välfärd är föräldrarnas beskrivning över familjens situation, deras behov, resurser och bekymmer. Vid utredning av familjens levnadsförhållanden, föräldrarnas hälsa och välfärd, parförhållandet och föräldraskapet kan man utnyttja nationellt rekommenderade strukturerade frågeformulär (t.ex. parförhållandet och föräldraskapet som rollkarta, enkäter om resurserna i familjen som väntar barn och/eller frågeformuläret som stöder tidig interaktion, Audit, EPDS, Bilaga 2). Syftet med enkäten är att stödja interaktion mellan föräldrarna och tidig interaktion. Stöd för tidig interaktion har visat sig vara en betydelsefull metod som borde tas i bruk på alla rådgivningsbyråer.

I de omfattande hälsoundersökningarna inom **barnrådgivningen och skolhälsovården** utreds familjens välfärd huvudsakligen likadant som inom mödrarrådgivningen. I förordningen konstateras att i den omfattande hälsoundersökningen bedöms de delar av familjens välfärd som har betydelse för utredning av behovet av vård och stöd. I den omfattande hälsoundersökningen utreds familjens levnadsförhållanden som till exempel problem som gäller boende och försörjning. Även farliga platser och tryggheten i uppväxtmiljön (t.ex. öppna vatten, att det är tryggt att röra sig i området, orsaker till förgiftning) ska utredas. Familjemedlemmarnas sjukdomar kan ha stor betydelse för barnets uppväxt och utveckling. Sådana sjukdomar eller svårigheter kan till exempel vara diabetes, depression eller bipolär affektiv sjukdom, familjär hyperkolesterolemi, hjärt- och kärlsjukdomar, anlag för övervikt, psykoser och inlärningssvårigheter. Nödvändig information med tanke på ordnande av vård och stöd för barnet är också hälsovanor, i synnerhet rökning och missbruk. Även utredning av eventuellt våld i nära relationer ingår i den omfattande hälsoundersökningen. Sådana uppgifter om föräldern som inte har betydelse för barnets hälsa och välfärd får inte samlas.

Det är viktigt att centrala frågor ställs till alla föräldrar och inte bara till dem som man misstänker ha problem. När frågorna ställs till alla föräldrar undviker man att stämpla familjer och förmedlar budskapet att man kan diskutera med den yrkesutbildade personalen förutom barnets välbefinnande alla frågor som gäller hela familjens välfärd. Som stöd lönar det sig att använda frågeenkäter som beskrivs i samband med den omfattande undersökningen för familjer som väntar barn (7 §, se SHM 2004a och Bilaga 2).

Omfattande undersökningar kan ordnas smidigt så att kommunernas olika sätt att fungera och verksamhetslokaler beaktas. Som exempel kan nämnas verksamhetsmodellen för välfärdsrådgivning som utvecklats i Tammerfors (Tammerfors stad 2007, [www.sosiaaliporitti-hyvä käytäntö](http://www.sosiaaliporitti-hyva.kaytantö.fi).)

Med vårdnadshavarens skriftliga samtycke kan den omfattande hälsoundersökningen inbegripa dagvårds- och förskoleundervisningspersonalens bedömning av hur ett barn under skolåldern klarar sig i dagvården och lära-rens bedömning av hur en elev klarar sig i skolan till den del det är nödvändigt för att vård och stöd ska kunna ordnas.

Dagvårds- och förskoleundervisningspersonalens eller lärarens bedömning av hur barnet klarar sig i dagvården eller skolan är en viktig del av bedömningen av barnets övergripande uppväxt, utveckling och välfärd samt tidig identifiering av behov av stöd i multiprofessionellt samarbete. Med bedömning av hur barnet klarar sig i skolan avses starka sidor och svårigheter med inläringen och skolgången och kamratförhållanden. Inom dagvården betraktas starka sidor och svårigheter under dagen på daghemmet t.ex. i lekar och sociala situationer. Läraren skaffar sig värdefull information om barnets välfärd och enligt undersökningar har denna information betydelse även för barnets prognos. Inom förskole- och skolundervisningen utgör bedömningen en del av elevvård som hör till läraren, tidigt stöd och multiprofessionellt samarbete för främjande av barnens välfärd (lagen om grundläggande utbildning 628/1998, 3 och 31a §, Grunderna för läroplanen för den grundläggande utbildningen 2004, RP 109/2009). Under förskoletiden ordnas inte en lagstadgad omfattande hälsoundersökning men i vissa fall är det motiverat att ordna en sådan. Ibland kan det vara behövligt att be förskoleläraren ge en bedömning för den omfattande hälsoundersökningen i första klassen, i synnerhet om undersökningen ordnas i början av hösten.

Det är nödvändigt att utveckla för utarbetande av bedömningen en smidig praxis som är lätt att genomföra och som för sin del stöder dagvårdens eller skolans och hemmets goda samarbete och främjande av barnets välfärd. Tills vidare finns det inget nationellt enhetligt formulär för utarbetande av bedömningen. Så länge som det inte finns ett strukturerat formulär kan informationen förmedlas till exempel i en diskussion med hälsovårdaren om hela klassen. Före detta ska man be om alla föräldrarnas skriftliga samtycke.

I det multiprofessionella samarbetet inom elevvården kommer man årligen överens om frågor som gäller ordnande av elevvård, såsom genomförande av omfattande hälsoundersökningar. Hälsovårdaren ber alla föräldrar komma på en omfattande hälsoundersökning. Ett alternativ är att han/hon i detta sammanhang ber om föräldrarnas skriftliga samtycke för att läraren ska få ge hälsovårdaren information om hur barnet klarar sig i skolan som har betydelse för ordnande av vård och stöd. Med detta kan avses undersökningar, vård, ordnande av tjänster eller annat stöd för främjande av elevens välfärd. Man kan också följa en praxis där läraren ger föräldrarna en skriftlig bedömning och föräldrarna tar bedömningen med på hälsoundersökningen. Då behövs inte föräldrarnas särskilda samtycke.

Även med dagvården lönar det sig att komma överens om ordnande av omfattande hälsoundersökningar för fyraåringar och praxisen på undersökningarna.

I samband med en omfattande hälsoundersökning går man igenom bedömningen tillsammans med barnet och vårdnadshavaren. Det görs behövliga anteckningar i barnets hälsojournal om att man bett om en bedömning och tagit emot den samt om det centrala innehållet.

En sammanfattning av de omfattande hälsoundersökningarna ska användas då elevvården gemensamt bedömer det rådande läget i klassen och skolsam-

fundet samt behovet av eventuella extra åtgärder. Sammanfattningen får inte innehålla personuppgifter.

I samband med en omfattande undersökning utreds också positiva saker och svårigheter som barnet haft inom dagvården samt i förskole- och skolåldern, i synnerhet inlärnings- och svårigheter. När hela klassens alla elevers resultat från de omfattande undersökningarna sätts ihop inom skolhälsovården, får man information om välfärden i ifrågavarande klass. På det sättet beskriver uppgifterna från de omfattande undersökningarna som utförs enligt det i 4 § 1 mom. i förordningen avsedda handlingsprogrammet hur hela skolans och läropliktiga barns och ungdomars hälsa och välfärd utvecklas under flera års tid.

Sammanställningarna av uppgifterna om klassen eller skolan är alltid statistiska eller andra beskrivningar över situationen och de får inte innehålla personuppgifter.

Information som samlas in i samband med omfattande hälsoundersökningar och som beskriver hela klassens välfärd bedöms tillsammans med läraren och andra som verkar inom elevvården. På basis av slutsatserna utarbetas tillsammans en plan för välbefinnande för klassen.

8 § Innehållet i undersökningar av munnen

Undersökningar av munnen ordnas som återkommande undersökningar för hela åldersklassen samt som hälsoundersökningar som utgår från individuella behov. Vid undersökningarna utreds munnens hälsa, utveckling och behov av vård, och vid behov utarbetas en individuell hälsoplan.

Målet är att trygga så många barn som möjligt en god munhälsa med hjälp av hälsoundersökningar som genomförs åldersgruppsvis så tidigt som möjligt. Munsjukdomar uppvisar inte alltid symptom, och därför är det viktigt att ordna förebyggande hälsoundersökningar för tidig upptäckt av munsjukdomar. En sen upptäckt av tand- och munsjukdomar kan försvaga vårdresultaten och öka risken att sjukdomen återkommer. Enligt undersökningar förekommer munhälsoproblem oftast hos dem som har andra somatiska eller psykiska hälsoproblem eller som har utnyttjat tjänster oregelbundet. I återkommande hälsoundersökningar ingår förebyggande åtgärder, rådgivning och klinisk undersökning av mun och tänder. När hälsorådgivning ges beaktas familjens och barnets individuella behov och vanor kartläggs för att utreda ändringsbehov.

I hälsoundersökningar utnyttjas metoder med vilka man kan identifiera begynnande tecken på karies samt avvikande bettutveckling. Det har publicerats en God medicinsk praxis-rekommendation om behandling av karies 10.2.2009 (www.kaypahoito.fi). Enligt rekommendationen kan skadorna i de olika faserna av karies betraktas och upptäckas med blotta ögat, fiberljus, röntgenbilder och förutom dessa kan också laserfluorescens användas. Det har också presenterats noggrannare rekommendationer om olika sätt att upptäcka karies utgående från evidensbaserad kunskap. På basis av hälsoun-

dersökningen bedöms behovet av individuella behandlingsintervaller samt undersökningar av munnen och tänderna och hälsoundersökningar. Den individuella uppföljningen av bettutvecklingen utförs också som en del av återkommande undersökningar. Man har utarbetat nationella grunder för icke-brådskande regleringsvård. Återkommande undersökningar som täcker hela åldersgruppen möjliggör uppföljning av barnens och ungdomarnas munhälsa på befolkningsnivå och konstaterande av i vilken riktning utvecklingen går. Man har utarbetat enhetliga grunder för icke-brådskande förebyggande mun- och tandvård (SHM 2009e).

Munhälsan hos en familj som väntar sitt första barn och familjens behov av vård bedöms av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård genom en intervju och vid behov med andra metoder.

Barnets tidiga goda tandhälsa och hålfria tänder är en bra förutsättning för en god utveckling av tandhälsa även i fortsättningen. En god utveckling får man till stånd främst med goda livsvanor och genom att ta väl hand om munhygien. Det är viktigt att god munhygien blir en vana redan i ett tidigt skede så att föräldrarna visar ett gott exempel. Graviditeten är en gynnsam tid att lära sig om vård av det kommande barnets munhälsa och faktorer som hör till det. Målet är att föräldrarnas mun och tänder är friska före barnets födelse. Risken för att barnets munhälsa blir dålig är större om föräldrarna har många olagade hål i tänderna och sätten att rengöra munnen inte är tillräckligt bra. I hälsoundersökningen för familjer som väntar sitt första barn skapas i samarbete grunden för familjens goda hälsovanor, bedöms nödvändiga vårdåtgärder och görs upp om servicehänvisning. (Mattila et al. 2005.)

I familjen som väntar sitt första barn är föräldrarna ofta motiverade att fästa uppmärksamhet vid hälsosamma vanor inom munvård och är beredda att ändra sina matvanor i en hälsosammare riktning. Man har dock konstaterat brister i unga vuxnas kunskaper och kunnande vad gäller upprätthållande av munhälsan, och dessa brister blir synliga efter familjebildning och leder till bristande hälsovanor t.ex. i fråga om vanan att rengöra munnen. Familjens och föräldrarnas mat-, hälso- och munvårdsvanor överförs till barnet och påverkar i fortsättningen barnets munhälsa. Munsjukdomar är fortfarande mycket vanliga bland gravida kvinnor och deras makar eftersom deras levnadssätt och vanor främjar munsjukdomar. Dessutom är rengöringen av munnen och tandborstningen otillräckliga. Om föräldrarna har under graviditeten många olagade hål i tänderna eller om tänderna inte borstas regelbundet, är prognosen för utvecklingen av barnets munhälsa dålig. (Poutanen 2007.) I sådana fall är det mycket troligt att föräldrarna överför kariesbakterier till barnet som ska födas. Föräldrarna bör få veta att karies är en smittosam sjukdom som föräldrarna kan smitta barnet med. Munsjukdomar kan förebyggas med enkla metoder, såsom regelbunden rengöring av munnen, hälsosamma matvanor och föräldrarnas exempel. Även hälsovårdaren har en viktig roll i beaktande och bedömning av dessa ärenden samt vid behov i hänvisning av föräldrarna till munvårdstjänster.

För barn under skolåldern ordnas undersökningar av munnen som utförs av en munhygienist eller tandskötare och vid behov undersökningar som utförs av en tandläkare.

Under skolåldern kan man på många sätt påverka den goda utvecklingen av barnens munhälsa. I undersökningar av munnen följs när mjölkttänderna uppkommer, vilket varierar individuellt. I hälsorådgivningen betonas tandsprickningens betydelse för tandhälsan. Mödrar till småbarn rekommenderas daglig användning av xylitolprodukter, i synnerhet om de har benägenhet att få hål i tänderna. Smitta av mutansstreptokocker kan förebyggas genom att undvika salivkontamination med barnets mun (God medicinsk praxis-rekommendation 2009). Korrigering av vård förutsätter att en tandläkare undersöker tänderna. Förutom individuell hälsorådgivning kan man utveckla grupprådgivning som möjliggör stöd av andra i samma situation.

De återkommande undersökningar av munnen som riktar sig till elever består av hälsoundersökningar som utförs av en munhygienist och vid behov av en tandläkare, inklusive specialistundersökningar av munnen.

Karies hos barn är ännu ett vanligt problem i Finland: det har konstaterats att över hälften av 12-åringarna har tänder som skadats av karies (Nordblad et al. 2004). I internationell jämförelse har det visat sig att vanorna gällande tandrengöringen bland finska barn är dåliga (Honkala et al. 2009). Kritiska faser med tanke på karies är den tid av tandömsning då de första och andra permanenta kindtänderna kommer fram. Regelbundna måltider och en mångsidig kost skyddar tänderna från karies. För det mesta kan man själv förebygga hålbildning i tänderna. I hälsoundersökningarna definieras för alla elever individuella undersökningsintervaller, i vilka faktorer som påverkar munhälsan beaktas. I hälsoundersökningarna bedöms behovet av att behandla ytan på de bakre tänderna, vilket skyddar tänderna mot karies. Undersökningsintervallerna förkortas om eleven har särskilda riskfaktorer. Vid behov uppföljs bettutvecklingen individuellt och undersökningar inom specialtandvården tryggas. Hål och skador bildas oftast på sådana ställen där bakteriebeläggningen som innehåller kariesbakterier får på grund av bristande tandhygien utvecklas utan att något hindrar det (God medicinsk praxis-rekommendation 2009). Undersökningar inom specialtandvård kan behövas vid regleringsvård eller någon långvarig sjukdom i munnen. Dessa undersökningar kan också höra till olika sektorer inom den kliniska tandvården. Förutom dessa kan undersökningar inom specialtandvården omfatta odontologiska diagnostiska undersökningar inom oral patologi och oral radiologi.

Tandvård på hälsovårdscentraler är gratis för alla under 18 år, även undersökningar och vård inom specialtandvården. Avgifter som det föreskrivs om i förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992) kan uppbäras hos dem som fyllt 18 år.

För ett barn som löper särskild risk att insjukna i munsjukdomar ska det ordnas effektiviserad förebyggande mun- och tandvård och individuellt bestämda hälsoundersökningar.

Om eleven har återkommande sjukdomar, långtidssjukdomar eller mediciner som kan påverka munhälsa förkortas längden av intervallerna mellan hälsoundersökningarna. Med tandläkarundersökningar bedöms behovet av vård och förebyggande av karies. Vid behov konsulteras sakkunniga om salivbildningen har minskat på grund av en allmän sjukdom eller vård av sjukdomen. Tandvårdsrädsla och svårigheterna att vårda patienten som räds för sig kan öka risken för karies. Även mineraliseringsstörningar på de första permanenta kindtänderna ökar risken för hål i tänderna. Som en särskild risk i familjen ska eventuell försummelse av vård av barnen eller annan illabehandling tas i beaktande, och man ska samarbeta med andra som arbetar på rådgivningsbyrån eller inom skol- och studerandehälsovården.

9 § Återkommande hälsoundersökningar

Målet är att återkommande hälsoundersökningar ordnas så nära som möjligt de tidpunkter som det stadgas om i förordningen. Detta möjliggör lokal, regional och nationell jämförelse av barns och ungdomars hälsa. Det är dock inte alltid möjligt att följa den föreskrivna tidpunkten, och därför kan man av praktiska skäl godkänna små variationer i tidpunkterna. Rekommendationer om längden av hälsoundersökningar för barn under skolåldern finns i Handboken om barnrådgivningen (SHM 2004a). Omfattande hälsoundersökningar är grundligare och mångsidigare än andra undersökningar och kräver således en längre tid än andra undersökningar. Undersökningarna mellan omfattande hälsoundersökningar kan efter behov vara mer begränsade och kortare. Omfattande hälsoundersökningar ska vara så långa att föräldrarna upplever att man lyssnat på dem.

- I denna publikation har man samlat exempel på sjukdomar, skador och problem som ska upptäckas i återkommande hälsoundersökningar. Förutom dessa finns det andra områden som hör till tillväxten och utvecklingen, och undersökning av dessa hör till de återkommande hälsoundersökningarna.
- Närmare anvisningar om innehållet i återkommande hälsoundersökningar finns bl.a. i Handboken om barnrådgivningen (SHM 2004b), handboken Skolhälsovården (Stakes 2002) och Handboken för studerandehälsovården (SHM 2006b).

Omfattande undersökning för en familj som väntar barn

- 1) för en familj som väntar barn ordnas minst en omfattande hälsoundersökning.**

Förutom uppföljning av kvinnans och fostrets hälsa bedöms hela familjens välfärd i den omfattande undersökningen för en familj som väntar barn (se

s. 34). Det förutsätts inte att den omfattande hälsoundersökningen ska innehålla kliniska undersökningar för de övriga familjemedlemmarnas hälsotillstånd.

I mödrarådgivningen är det viktigt att beakta hela familjen och båda föräldrarna som klienter hos rådgivningen och skapa en god kontakt till dem under graviditeten. Enligt redogörelser är det behövt att fästa mer uppmärksamhet än tidigare vid papporna och att stödja dem. Utmaningen är att få alla pappor till rådgivningen och att möta dem som män, fäder och makar. (SHM 2008b.) Graviditeten och barnets födelse är skeden då familjen lever en tid av förändring och ofta är villig att fundera över sina levnadsvanor. Det är motiverat att rikta resurser inom hälsovården till att bygga upp en livsstil som främjar hälsan i familjen som väntar sitt första barn. Föräldrar som väntar barn behöver få socialt och psykiskt stöd från rådgivningen i den nya livssituationen. I hälsoundersökningen för familjer som väntar barn är det viktigt att känna igen familjer som behöver mer än vanligt stöd, handledning och rådgivning. Problem som identifierats ska åtgärdas i ett så tidigt skede som möjligt. Intensifiering av samarbetet mellan personalen inom hälsovården ökar verksamhetens effektivitet.

Den omfattande hälsoundersökningen för en familj som väntar barn förutsätter inte ett nytt besök på mödrarådgivningen, utan rådgivningsbesöket som ingår i den normala uppföljningen av den gravida mamman utvidgas så att den täcker betraktandet av hela familjens välfärd. Hälsoundersökningen som utförs av en läkare och som ingår i den omfattande hälsoundersökningen kan genomföras samtidigt som man besöker en hälsovårdare eller barnmorska eller vid behov som ett enskilt besök.

Tidpunkten för den omfattande hälsoundersökningen planeras efter familjens individuella behov. Det rekommenderas att undersökningen ordnas senast i mitten av graviditeten, då det ännu är tid kvar tills barnet ska födas och man kan åtgärda eventuella problem som kommer fram i undersökningen och ordna det erforderliga stödet för familjen. I en del kommuner har man provat att ordna den omfattande hälsoundersökningen redan under det första besöket. För lägenhet som beror på den nya graviditeten, tid som behövs för att skapa ett förtroligt förhållande och många undersökningar kan dock begränsa samtalet. Det kan vara lättare att tala först senare om personliga frågor och till exempel om förberedning inför föräldraskapet och parförhållandet. För många fäder kan det ta tid innan det känns realistiskt att tänka på barnet som ska födas. Det rekommenderas att tidpunkten för hälsoundersökningen planeras smidigt så att båda föräldrarna har möjlighet att delta i undersökningarna som utförs av både hälsovårdaren och läkaren.

Återkommande hälsoundersökningar för barn under skolåldern

Hälsoundersökningar för barn hör till barnrådgivningens grunduppgift: till uppföljning av barnets fysiska, psykiska och sociala tillväxt och utveckling, stöd och tidigt upptäckande av eventuella avvikelser (SHM 2004a). I hälsoundersökningarna på barnrådgivningen ingår förutom uppföljning av den

fysiska tillväxten och hälsotillståndet även uppföljning av den psykosociala och neurologiska utvecklingen, kommunikation och utvecklingen av tal och språk samt sinnena. Målet är att så fort som möjligt identifiera tecken på ogynnsam utveckling hos barnet, familjen och vardagsmiljön samt att åtgärda faktorer som är en risk för hälsan. Närmare rekommendationer för hälsoundersökningar för barn under skolåldern finns i handboken för barnrådgivningen (SHM 2004a, Terveysportti) och bl.a. i handboken för läkare "Lääkärin käsikirja" (Duodecim 2008).

De återkommande hälsoundersökningarna för barnet som det föreskrivs om i förordningen innehåller hälsoundersökningar som utförs av både läkare och hälsovårdare samt omfattande hälsoundersökningar. I förordningen bestäms om tidpunkterna för läkarundersökningar och omfattande undersökningar, och om tidpunkterna för och innehållet i andra återkommande undersökningar ges rekommendationer i handboken för barnrådgivningen (SHM 2004a). För barn under skolåldern ska ordnas fem hälsoundersökningar hos en läkare: när barnet är 4–6 veckor gammalt, 4 månader, 8 månader, 18 månader och 4 år. Utav dessa är tre omfattande hälsoundersökningar: när barnet är 4 månader gammalt, 18 månader och 4 år. Hälsovårdaren träffar i hälsoundersökningar minst 15 gånger barnet under skolåldern och hans/hennes familj och av dessa fem gånger i samband med en läkarundersökning. Hälsovårdarens roll och uppgifter i dessa undersökningar behandlas senare.

Återkommande hälsoundersökningar som utförs av en hälsovårdare

Hälsovårdaren är den mest centrala inom personalen på barnrådgivningen och har en viktig roll i stödandet av barnfamiljer: hälsovårdaren koordinerar familjevårdsarbete och ökar samhörigheten bland barnfamiljerna. Hälsoundersökningarna som utförs av en hälsovårdare täcker den största delen av de återkommande hälsoundersökningarna för barn. På sitt eget område ansvarar han/hon som expert på främjande av barnfamiljernas hälsa för nivån på och tidsenligheten av vårdarbetet inom rådgivningsverksamheten. (SHM 2004a.)

Hälsovårdarens uppgifter i barnrådgivningsarbetet:

- hälsorådgivning som baserar sig på aktuell information och forskning och som riktar sig till föräldrarna; rådgivningen ska omfatta faktorer som främjar barnets och familjens hälsa och trygghet,
- uppföljning och stödande av barnets fysiska, psykiska, sociala och emotionella utveckling,
- att uppmuntra föräldrarna till en uppfostran som är tryggt, har sin utgångspunkt i barnet och innehåller ett tryggt vuxenskap,
- att upprätthålla vaccinskyddet, att vaccinera i enlighet med vaccineringsprogrammet
- att samarbeta smidigt med läkaren och vid behov med andra yrkesutbildade personer som arbetar med barnfamiljer för främjande av barnens och barnfamiljernas hälsa och välfärd.

Barnrådgivningens återkommande hälsoundersökningar under barnets första levnadsår

- 2) för ett barn under dess första levnadsår ska ordnas minst nio hälsoundersökningar, i vilka det ingår minst en läkarundersökning då barnet är 4–6 veckor gammalt och en läkarundersökning då barnet är 8 månader gammalt samt en omfattande hälsoundersökning då barnet är 4 månader gammalt. (Tabell 1)

Tabell 1. Återkommande hälsoundersökningar under barnets första levnadsår

Hälsoundersökning	1–4 veckor	4–6 veckor	2 mån	3 mån	4 mån	5 mån	6 mån	8 mån	(10 mån)	12 mån
Omfattande hälsoundersökning					x					
Undersökning som utförs av en hälsovårdare*	x	x	x	x	x Del av en omfattande undersökning	x	x	x	(x)	x
Läkarundersökning					x Del av en omfattande undersökning					

* Rekommendationer för tidpunkterna för undersökningar som utförs av hälsovårdare beskrivs i bilaga 8 i Barnrådgivningshandboken (SHM 2004a).

Undersökningar som utförs av en hälsovårdare under det första levnadsåret

Under det första levnadsåret träffar hälsovårdaren ofta familjen och kan således följa mångsidigt barnets utveckling och familjens situation. Att utvecklingen går framåt är ofta viktigare än det som barnet kan göra i enstaka situationer. Det är viktigt att beakta hela familjen och skapa ett förtroligt förhållande till familjen om hälsovårdaren inte känner familjen sedan tidigare, till exempel sedan graviditeten. Det är viktigt med växelverkan, diskussioner och att ge plats att uttrycka oro. När barnet fötts gör hälsovårdaren ett hembesök om sådant inte gjorts tidigare. Hälsovårdaren träffar barnet och familjen minst nio gånger. Planering av den omfattande hälsoundersökningen tillsammans med läkaren hjälper att fokusera undersökningen och att använda tiden för undersökningen ändamålsenligt. Enkäter som föräldrarna fyller i i förväg underlättar identifiering av behov av olika stödåtgärder och diskussioner om svåra frågor. Hälsovårdaren planerar hälsorådgivningen som hör ihop med undersökningarna på basis av familjens behov. Familjen kan behöva extra besök på rådgivningsbyrån eller hembesök av hälsovårdaren (se 13 § Identifiering av behov av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd). Rådgivningens och hälsovårdarens betydelse betonas under de första veckorna efter barnets födelse eftersom det är då som de flesta familjerna behöver mycket information och stöd, i synnerhet när det första barnet föds. Speciellt viktigt är att betrakta den tidiga växelverkan och diskutera amning, barnets behov, moderns och faderns sinnesstämning och eventuell depression, hur föräldrarna mår och parförhållandet. (SHM 2004a.)

Återkommande hälsoundersökning för ett fyra-sex veckor gammalt barn

Den första läkarundersökningen görs när barnet är 4–6 veckor gammalt (tidigare 6–8 veckor gammalt). Tidpunkten för undersökningen på barnrådgivningen har tidigare lagts från rekommendationen i Handboken för barnrådgivningen av skäl som beskrivs nedan. Under denna hälsoundersökning möter familjen läkaren och hälsovårdaren.

Hälsoundersökningen som utförs när barnet är 4–6 veckor gammalt kompletterar på ett viktigt sätt den första läkarundersökning som utförts på förlossningssjukhuset. Läkarundersökningen är viktig eftersom spädbarnen får åka mycket tidigt hem från förlossningssjukhuset, till och med 1–3 dygn efter förlossningen. Det är det första mötet mellan rådgivningsläkaren och familjen, och mötet skapar en grund för samarbetet mellan läkaren och familjen även i fortsättningen.

Det centrala i hälsoundersökningen för ett 4–6 veckor gammalt barn är att barnet mår bra och ökar i vikt. Viktiga frågor är också amningen, växelverkan mellan föräldrarna och barnet, föräldrarnas relation med varandra och att föräldrarna orkar med den nya situationen. Problem med växelverkan och kontaktagande kan vara ett tecken på att föräldern är deprimerad, psykotisk eller har svårigheter att knyta an till barnet. Förutom bedömning av barnets tillväxt och utveckling bör hälsovårdaren aktivt föra på tal med föräldrarna bekymmer som har att göra med barnets och föräldrarnas välfärd, till exempel depression och hur föräldern orkar sköta sitt barn.

I hälsoundersökningen för ett 4–6 veckor gammalt barn bör läkaren upptäcka eventuell medfödd höftledsluxation, medfödd starr, hörsel- och synskada, allvarliga hjärtsjukdomar och svår störning i den motoriska utvecklingen som kan vara ett tecken på CP-skada (SHM 2004a, Hermanson & Kunnamo 2007). En hörselskada kan fortfarande vara möjlig fastän den otoakustiska emissionen eller elektrofysiologiska testning en som utförs på förlossningssjukhuset upptäcker tillförlitligt svåra hörselskador. Dessa undersökningar används dock ännu inte på Finlands alla förlossningssjukhus.

Läkarundersökningen då barnet är 4–6 veckor gammalt är viktig också för att allvarliga hjärtsjukdomar ska upptäckas i ett tillräckligt tidigt skede. Hål i kammarväggen orsakar nödvändigtvis inte alltid biljud ännu under läkarundersökningen på förlossningssjukhuset, utan symptomen kan komma fram som hjärtinkompensation när barnet är 3–4 veckor gammalt, då lungblodtrycket sjunker till normal nivå. En del av hålen i kammarväggen upptäcks först på den första läkarundersökningen på barnrådgivningen. (Jokinen 2004)

Omfattande hälsoundersökning för ett fyra månader gammalt barn och hans/hennes familj

I den omfattande hälsoundersökningen för ett fyra månader gammalt barn bedömer hälsovårdaren och läkaren tillsammans med barnets föräldrar och vid behov med andra yrkesutbildade personer förutom barnets hälsa även

hela familjens välbefinnande, bl.a. hur föräldrarna orkar med vardagen, föräldrarnas resurser, familjesituationen, hur spädbarnet och hela familjen sover, glädjeämnen, bekymmer (se 7 § De omfattande hälsoundersökningarnas innehåll).

I denna omfattande hälsoundersökning ska läkaren tillsammans med hälsovårdaren bedöma avvikelser i barnets neurologiska utveckling: upptäcka avvikande tonus, bristfälliga positions- och balansreaktioner samt asymmetri så att tidig rehabilitering ska kunna ordnas. Neonatala reflexer ska i regel vara svagare. Kramper som kommer i serier kan vara ett tecken på infantil spasm som ska identifieras: infantil spasm kan förhindra utvecklingen och barnet ska remitteras till fortsatta undersökningar.

I denna ålder kan man redan upptäcka om barnet har en tydlig tendens att undvika ögonkontakt, i synnerhet med mamman. Det kan vara ett tecken på att modern är deprimerad och kan vara en risk för barnets hälsosamma utveckling. När barnet är fyra månader ska man diskutera spädbarnets kost och uppmuntra till fortsatt amning. Amning har en viss påverkan på förebyggande av senare övervikt (God medicinsk praxis 2005, Barnens övervikt).

Om pojkens testikel inte har vandrat ner behövs remiss till en barnkirurg. En testikel som inte vandrat ner ska upptäckas före ett års ålder. (Hermanson & Kunnamo 2007.) Man strävar efter att sköta det helst redan i 6–12 månaders ålder, men senast under det andra levnadsåret för att minimera risken av testikelskada (Taskinen 2009).

Återkommande hälsoundersökning för ett åtta månader gammalt barn

I hälsoundersökningen för barn i åtta månaders ålder ingår läkarundersökning. I allmänhet träffar familjen både läkaren och hälsovårdaren i den här åldern. Förutom bedömning av tillväxt och utveckling ingår utredning av föräldrarnas eventuella bekymmer i hälsoundersökningen som utförs av läkaren.

I den här åldern är det fortfarande behövt att upptäcka avvikelser i den motoriska utvecklingen för att tidig rehabilitering ska kunna påbörjas (Hermanson & Kunnamo 2007). Målet är att upptäcka eventuell skelning, brister i syn och hörsel, pojkens testikel som inte vandrat ner samt problem med de prelingvistiska färdigheterna. Vid behov ges remiss till en talterapeut. Som orsak till avvikande talutveckling bör eventuell hörselskada uteslutas. Störningar i barnets psykosociala utveckling, i synnerhet tydlig kontaktstörning, bör upptäckas. Om barnet inte söker sig till närheten av föräldern (i famnen eller tar ögonkontakt) kan det finnas avvikande växelverkan mellan barnet och familjen eller psykosocial deprivation i bakgrunden. (STM 2004a, Hermanson & Kunnamo 2007.) Avvikande uppförande i hur barnet knyter an till föräldern i den här åldern förutsätter alltid ett extra besök för bedömning av situationen.

Återkommande hälsoundersökningar på barnrådgivningen när barnet är 1–6 år gammalt

- 3) För ett barn i åldern 1–6 år ska ordnas minst sex hälsoundersökningar, i vilka det ingår två omfattande hälsoundersökningar, den ena vid 18 månaders och den andra vid 4 års ålder; en av hälsoundersökningarna ska omfatta en hälsovårdares bedömning av munhälsan.

Efter barnets första födelsedag ordnas minst sex hälsoundersökningar före skolstarten (Tabell 2).

Tabell 2. Återkommande hälsoundersökningar efter det första året på barnrådgivningen

Hälsoundersökning	18 mån.	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år
Omfattande hälsoundersökning	x			x		
Hälsoundersökning som utförs av en hälsovårdare*)	x Del av en omfattande undersökning	x	x	x Del av en omfattande undersökning	x	x
Läkarundersökning	x Del av en omfattande undersökning			x Del av en omfattande undersökning		
Undersökning av munnen**)		x (eller 1 år)	x (eller 4 år)		x (eller 6 år)	

* Rekommendationer för tidpunkterna för undersökningar som utförs av hälsovårdare beskrivs i bilaga 8 i Barnrådgivningshandboken (SHM 2004a).

** Därtill en bedömning av munhälsan som utförs av en hälsovårdare när barnet är 1–1,5 år.

Undersökningar som utförs av en hälsovårdare när barnet är 1–6 år gammalt

I hälsoundersökningarna som utförs av en hälsovårdare och i hälsorådgivningen mellan de omfattande undersökningarna för barn som är 18 månader och 4 år gamla ska särskild uppmärksamhet fästas vid föräldraskapet och familjens färdigheter samt vid stöd i skedet då barnets egen vilja utvecklas enligt åldern (s.k. trotsålder). Att kunna möta utvecklingsskedet och acceptera att det hör till barnets normala utveckling är viktigt för utvecklingen av både barnets kontroll över sig själv och sina känslor och tolerans för besvikelser. För att barnets känsloliv ska utvecklas harmoniskt behöver barnet trygga och konsekventa gränser samt rikligt med kärlek som accepterar mycket och som innehåller positiv, ärlig respons. Det är behovligt att diskutera med föräldrarna många frågor som gäller uppfostran, inläring av vanor, inläring av tal och betydelsen av lek och kreativitet samt syskon (SHM 2004a).

Lene-bedömningen utförs vid fyra års ålder och på basis av den plane-ras eventuella stödåtgärder för förebyggande av inläringssvårigheter. I 4–6 års ålder är viktiga diskussionsämnen barnets sociala färdigheter, ömsesidiga kamratförhållanden samt kontroll av vrede och ilska. Aktuella frågor är be-

tydelsen av motion och god kondition, viktutveckling och hur tiden räcker för familjen att vara tillsammans. Familjen är den plats där barnet lär sig allra mest. I 4–6 års ålder fästs uppmärksamhet vid kreativitet, eventuell begränsning av tiden framför tv:n och videon och förhållandet till datorn.

Hälsovårdarens bedömning över barnets munhälsa. Hälsovårdaren gör en bedömning över barnets munhälsa när barnet är 12 månader eller senast 18 månader gammalt. I bedömningen ingår undersökning av ytan på de övre framtänderna och konstaterande av eventuell bakteriebeläggning (plackbeläggning). Man kan se bakteriebeläggningen när man lyfter på barnets övre läpp. Om det finns en tydlig plackbeläggning på ytan på framtänderna hänvisas barnet till mun- och tandvårdstjänster.

Omfattande hälsoundersökning för ett 18 månader gammalt barn och hans/hennes familj

I den omfattande hälsoundersökningen för ett 18 månader gammalt barn bedömer hälsovårdaren och läkaren tillsammans med barnets föräldrar, och vid behov även med andra yrkesutbildade personer, förutom barnets hälsa alltid även hela familjens välfärd (se 7 § De omfattande hälsoundersökningarnas innehåll). I läkarundersökningen av barnet ingår förutom bedömning av barnets tillväxt, utveckling och psykosociala välbefinnande också utredning av föräldrarnas eventuella orosmoment. Samtidigt finns det anledning att diskutera vad som bringar familjen glädje och får familjemedlemmarna att må bra samt om tryggheten i hemmet och närmiljön.

I detta åldersskede är centrala områden barnets intensiva inläring (även tal och vanor) och fasen då den egna viljan utvecklas och diskussion med föräldrarna om dessa frågor.

Vid 18 månaders ålder bör läkaren senast upptäcka eventuell skelning samt identifiera problem i talutvecklingen. (SHM 2004a, Hermanson & Kunnamo 2007.)

Omfattande hälsoundersökning för ett fyra år gammalt barn och hans/hennes familj

I den omfattande hälsoundersökningen för ett fyra år gammalt barn ingår förutom bedömning av barnets hälsotillstånd en bedömning om hela familjens välfärd, vilken utförs av läkaren och hälsovårdaren tillsammans med familjen och vid behov med andra yrkesutbildade personer som arbetar med barnfamiljer (se 7 § De omfattande hälsoundersökningarnas innehåll).

I Handboken för barnrådgivningen (SHM 2004a) beskrivs femårsundersökningen som den mest omfattande hälsoundersökningen, i vilken även en läkarundersökning ingick. Man har dock haft möjligheten att fatta lokala beslut om omfånget av och tidpunkten för utvecklingsbedömningen, och i en del kommuner har den mer omfattande och noggrannare bedömningen om barnets utveckling utförts redan före fem års ålder. Tidigareläggning av den omfattande hälsoundersökningen till fyra års ålder får stöd av nya forsk-

ningsresultat, enligt vilka förseningar i kognitiva och andra kunskaper som behövs vid inlärnin g kan förutses redan före 5-årsundersökningen, senast vid fyra års ålder. Neurologiska problem som senare kan orsaka inlärnin gssvårigheter bör upptäckas så tidigt som möjligt. Enligt undersökningar kan Lene-bedömningen redan i ett tidigt skede förutse långvariga problem och identifiera barn i den största riskgruppen för inlärnin gssvårigheter samt möjliggöra hänvisning till ytterligare undersökningar och stöd. (Valtonen 2009)

Systematisk bedömning av barnets psykosociala välfärd ingår alltid i den omfattande undersökningen. Det har utvecklats en vetenskapligt pålitlig ny metod för primärvården för bedömning och uppföljning av barnets psykiska hälsa (Utveckling av mentalvårdsarbete för barn i samarbete mellan bas-service och specialomsorger 2007–2009, www.pshp.fi). LAPS-formuläret är avsett för bedömning av 4–15-åriga barns psykiska hälsa. Det ordnas utbildning för användning av formuläret och det testas i den omfattande undersökningen för 4-åringar som en del av Kaste-programmet. Ett eget formulär utvecklas också för 0–3-åringar. Upprepat våldsam t uppförande i fyra års ålder är ett tecken på eventuella senare beteendestörningar och ska bedömas noggrannare. Man håller på att utveckla en screeningsmetod för tidigt upptäckande av beteendestörningar. (Wilson 2009)

Övervikt börjar utvecklas tidigt, redan i 3,8-års ålder, så i den åldern är det särskilt viktigt att fästa uppmärksamhet vid upptäckt av övervikt samt effektiv närin gs- och motionsrådgivning (se hälsorådgivningens innehåll). Verktygen i projektet Painokas lämpar sig väl även för den omfattande hälsoundersökningen för 4-åringar. I projektet ingår bl.a. ett spel som behandlar närin gs- och motionsvanor, en s.k. cirkel för livsrytm och tankar kring familjens resurser (www.painokas.fi). I den omfattande hälsoundersökningen för fyraåringar bör dessutom upptäckas skelning och störningar i talutvecklingen samt kroniska sjukdomar som försenar tillväxten. Det är också skäl att fästa uppmärksamhet vid hur mycket barnet rör på sig och på den fysiska konditionen.

Återkommande hälsoundersökningar för elever

Om det är möjligt så kommer man överens om överföring av hälsouppgifter från rådgivningen till skolhälsovården redan på barnets sexårsundersökning på rådgivningen. I samband med detta kommer man överens om smidig rapportering av uppgifter, om skolhälsovården har en annan hälsovårdare är barnrådgivningen. Om förskoleundervisningen hör till undervisningsväsendet har sexårsundersökningen eventuellt utförts inom skolhälsovården. Målet är att övergångsfasen ska bli så smidig som möjligt och ska stöda barnet och familjen, inte orsaka ytterligare oro eller osäkerhet.

4) För elever ordnas en hälsoundersökning i varje årskurs; i årskurs ett, fem och åtta ska undersökningen vara omfattande.

För eleven ordnas i grundskolan sammanlagt nio hälsoundersökningar (Tabell 3). De omfattande undersökningarna ordnas för eleven när skolan börjar

i 1:a klassen, i början av puberteten i 5:e klassen och i slutskedet av grundskolan när eleven förbereder sig för fortsatta studier i 8:e klassen. De år då en omfattande hälsoundersökning inte ordnas utförs hälsoundersökningen av hälsovårdaren.

Tabell 3. Återkommande hälsoundersökningar inom skolhälsovården

Hälsoundersökning	1 klassen	2 klassen	3 klassen	4 klassen	5 klassen	6 klassen	7 klassen	8 klassen	9 klassen
Omfattande hälsoundersökning	x				x			x	
Hälsoundersökning som utförs av hälsovårdare	x Del av en omfattande hälsoundersökning	x	x	x	x Del av en omfattande hälsoundersökning	x	x	x Del av en omfattande hälsoundersökning	x
Läkarundersökning	x Del av en omfattande hälsoundersökning				x Del av en omfattande hälsoundersökning			x Del av en omfattande hälsoundersökning	
Under-sökning av munnen	x				x			x	

Uppföljningen av barnets och hans/hennes familjs hälsa och välfärd som börjat på rådgivningen fortsätts inom skolhälsovården. Återkommande hälsoundersökningar som gäller hela årsklassen bildar stommen för skolhälsovårdens verksamhet och gör det möjligt att möta varenda elev och hans/hennes familj. Det finns noggranna anvisningar om innehållet i de omfattande undersökningarna inom skolhälsovården i handboken Skolhälsovården (Stakes 2002) och i en kvalitetsrekommendation för skolhälsovården (SHM 2004b). Nyttigt material som stöd för arbetet är också handboken Lääkärin käsikirja (Duodecim 2008) och Handboken för skolhälsovården (Terho et al. 2002).

Hälsoundersökningarna och undersökningarna bildar en helhet där man beaktar elevens ålder och utvecklingsfas. I de återkommande hälsoundersökningarna gör man en mångsidig bedömning om elevens fysiska och psykosociala hälsotillstånd och strävar efter att upptäcka eventuella sjukdomar (t.ex. skolios, anorexi, depression, hypotyreos, biljud i hjärtat, diabetes, övervikt) samt andra faktorer som utgör en risk för hälsan och välfärden. I uppväxtåldern är ändringarna snabba och därför är regelbundna hälsoundersökningar viktiga för uppföljning av tillväxten, pubertetsutvecklingen och hållningen. I hälsoundersökningarna utnyttjas vid behov och när det är möjligt multiprofessionellt samarbete, till exempel kontroll av hållningen och stöd- och rörelseorganen kan utföras i samarbete med en fysioterapeut. Hälsoundersökningarna är alltid situationer då man också ger hälsoråd och förebygger psykiska problem. (Stakes 2002, SHM 2004b.)

Skolhälsovården ska i samarbete med den övriga elevvården stödja särskilt de elever som har svårigheter i skolan, hemmet eller sociala verksamhetsmil-

jöer. Vid identifiering av behov av särskilt stöd och ordnande av stöd är det viktigt att samarbeta både med barnet, den unga personen och hans/hennes familj och med skolan som en del av elevvården. I hälsoundersökningarna ska man identifiera de barn och unga som behöver tätare uppföljning. I regel behöver sjuka och handikappade barn, barn och unga vars familjer inte kan ge dem tillräckligt stöd, barn från främmande kulturer och barn som har inlärningssvårigheter eller beteendeproblem tätare uppföljning. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid tidigt upptäckande av psykiska problem, såsom depression och åtstörningar, och hänvisning till vård samt vid problem som kan leda till skolavbrott. Både mobbning av andra och att bli mobbningsoffer är ett allvarligt tecken på en förstorad risk att få psykiska problem. Sannolikheten för att behöva mentalvårdstjänster som vuxen är större för både de som blivit mobbade och de som själva mobbat. (Stakes 2002, Sourander 2009) Därför ska skolorna och föräldrarna tydligt ingripa då mobbning upptäcks.

Om en elev behöver uppföljning eller vård under skoldagen på grund av en långtidssjukdom bör man skriva in i elevens personliga plan för välbefinnande och hälsa det stöd och den uppföljning som eleven är i behov av under skoldagen. Här bör beaktas vad man kommit överens om i samarbete med eleven, vårdnadshavaren och elevvården. Dessutom bör man beakta anvisningarna från den instans som ansvarar för vården av elevens sjukdom och de förfaringsanvisningar som givits lokalt för skolhälsovården och undervisningsverksamheten. Diabetesförbundet (2007) har utarbetat en handbok för skolorna som ger rekommendationer bland annat om samarbete mellan hemmet och skolan. Social- och hälsovårdsministeriet har gett ut nationella rekommendationer om hur läkemedelsbehandling genomförs i olika verksamhetsmiljöer (SHM 2005c). Lokalt ska man komma överens om den vård och det stöd som eleven behöver under skoldagen tillsammans med familjen och hälso- och undervisningsväsendet. Social- och hälsovårdsministeriet har i samarbete med undervisningsministeriet och Kommunförbundet utarbetat en verksamhetsmodell för behandling av diabetes hos barn under skoldagen.

Omfattande hälsoundersökningar för elever i 1:a, 5:e och 8:e klassen

I de omfattande undersökningarna för elever ingår förutom bedömning av barnets eller den unga personens hälsotillstånd också en bedömning om hela familjens välfärd som utförs av en läkare och hälsovårdare tillsammans med barnet, den unga personen och hans/hennes vårdnadshavare; vid behov utnyttjas med vårdnadshavarnas samtycke multiprofessionellt samarbete (se 7 § De omfattande hälsoundersökningarnas innehåll). I handboken Skolhälsovården finns det närmare beskrivningar om de omfattande hälsoundersökningarnas innehåll och om de mätningar och undersökningar som ingår i dem.

Samarbete med hemmet och stödjande av hela familjens välfärd är en viktig del av skolhälsovården. Alla vårdnadshavare till barn i grundskoleåldern ordnas möjlighet att delta i sina barns omfattande hälsoundersökning.

gar. Familjecentrerat arbete inom skolhälsovården har utvecklats på många orter, till exempel i Forssa, där responsen från föräldrarna har varit positiv. Målen för projektet för familjecentrerad skolhälsovård i Forssa under åren 2007–2009 var att utveckla skolhälsovården så att i stället för att fokusera endast på barnklienten, ska skolhälsovården beakta barnfamiljen som klient samt vara familjecentrerad, stödja föräldraskapet och vara individuellt. Inom projektet har man utvecklat nytt innehåll och nya metoder som stöder familjecentrerat arbete, intensifierat det multiprofessionella samarbetet och preciserat arbetsfördelningen inom skolhälsovården. (Hietanen-Peltola et al. 2010, www.fstky.fi)

Det är viktigt att den unga personen också har möjlighet till samtal på tu man hand med hälsovårdaren och/eller läkaren. Särskilt i den omfattande hälsoundersökningen i 8:e klassen ska man möjliggöra samtal och klinisk undersökning på tu man hand även om hälsovårdaren eller föräldrarna är med.

I åttonde klassen är det viktigt att beakta i synnerhet allergiska sjukdomar och problem med stöd- och rörelseorganen. I denna ålder bör man också beakta aspekter gällande sexuell hälsa och förhindrande av graviditet.

Till exempel följande kliniska undersökningar och bedömningar av utveckling ingår i de återkommande hälsoundersökningarna inom skolhälsovården: tillväxt, hållning, pubertetsutveckling, syn och hörsel (Stakes 2002). Dessutom finns det i handboken Skolhälsovården rekommendationer för enkäter som riktas till olika klasser inom skolhälsovården, till exempel en enkät om sinnesstämningar och en enkät om alkoholbruk. Enkäten om sinnesstämningar (R-BDI-13) passar för elever på högstadiet, till exempel i undersökningen i 8:e klassen, och enkäten Adsume passar som verktyg för bedömning av alkoholbruk för ungdomar under 18 år. Båda enkäterna finns som bilaga till Handboken för studerandehälsovården. För att förebygga missbruksproblem är det viktigt att identifiera pojkar som har beteendeproblem, hyperaktivitet eller samtidiga beteendeproblem och svårigheter med känslolivet. Samarbete med läraren i fråga om bedömning av barnets psykiska symptom förbättrar identifiering av de barn som är i riskgruppen. (Niemelä 2008)

I handboken Skolhälsovården nämns inte bedömning av den fysiska konditionen. I ljuset av nya forsknings- och uppföljningsresultat rekommenderas det dock att bedömning av barns och ungas fysiska kondition ska höras till de omfattande undersökningarna. Bedömning av den fysiska konditionen kan göras så att man diskuterar med barnet och hans/hennes vårdnadshavare och i samarbete med undervisningsväsendet. Målet är att motivera eleven att ta hand om sin kondition och motionera samt att identifiera elever vars kondition behöver ytterligare utredas till exempel i samarbete med idrottsläraren. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid barn och unga som rör på sig för lite. Försvarsmakten har fäst uppmärksamhet vid att de värnpliktigas fysiska kondition har försämrats. I fortsättningen behövs det utveckling av lättanvända metoder för bedömning av barns och ungas fysiska hälsa. Utbildningsstyrelsen planerar ett projekt för att revidera bedömningsmetoder

för de olika delområdena av den fysiska verksamhetsförmågan. Målet med projektet är att eleven och hans/hennes vårdnadshavare ska som en del av undervisningen få i 5:e och 8:e årsklassen i den grundläggande undervisningen en personlig bedömning om den fysiska verksamhetsförmågan och vad som kan utvecklas. Information som fås som resultat av detta projekt kan i fortsättningen utnyttjas som en del av den omfattande hälsoundersökningen.

I den omfattande hälsoundersökning som en elev genomgår i årskurs åtta ska elevens särskilda behov i fråga om yrkesval och fortsatta studier bedömas samt behövliga stödåtgärder planeras. Bedömningen av elevens särskilda behov och stöd som görs i slutskedet av grundskolan och startande av behövliga utredningar i samarbete med den övriga elevvården ingår i den omfattande undersökningen som utförs i årskurs åtta. Denna undersökning ska ordnas tillräckligt tidigt, gärna på hösten, så att den vid behov hinner påverka den unga personens yrkesval. Vid förebyggande av marginalisering av unga har multiprofessionellt samarbete som utförs i övergångsskeden av utbildningen och utredning av ansvarsfrågor stor betydelse. Med övergångsskede avses oftast övergångsskedet mellan den grundläggande utbildningen och utbildningen på andra stadiet (Statens revisionsverk 2007). I detta skede fattar unga viktiga beslut om utbildning och yrkesbana som påverkar deras liv. Väl förlagt multiprofessionellt stöd kan ha en betydande inverkan som förebygger marginalisering (SHM 2005b). Förebyggande multiprofessionell planering och verksamhet borde effektiviseras inom elev- och studerandehälsovården (Statens revisionsverk 2007). Det är viktigt att genomförandet av planerade stödåtgärder kan uppföljas ännu efter att eleven lämnat grundskolan.

Hälsoundersökningar för elever som utförs av en hälsovårdare under åren mellan de omfattande hälsoundersökningarna

Under åren mellan de omfattande hälsoundersökningarna utför en hälsovårdare hälsoundersökningar för eleverna. I de årliga hälsoundersökningarna har hälsovårdarna möjligheten att möta alla elever, och eleverna kan ta upp egna frågor och bekymmer. I dessa hälsoundersökningar (tidigare hälsomöten) ingår minst frågor om hur eleven mår, undersökning av tillväxt och hållning samt med beaktande på åldern bedömning av pubertetsutvecklingen. Anvisningar om uppföljning av tillväxten, hållningen och pubertetsutvecklingen finns i handboken Skolhälsan (Stakes 2002). I uppföljning av puberteten kan man utnyttja enkäten som utförs med hjälp av Tannerskalan (Perheentupa 2007). Vid behov får föräldrarna kallelse att delta i undersökningen. Tid för undersökningen kan reserveras enligt individuellt behov: för en del räcker det med korta möten. Många hälsovårdare har den erfarenheten att regelbundna hälsoundersökningar kan minska behovet av s.k. sjukmottagningar.

Hälsovårdare ska ha möjligheten att planera smidigt arbetstiden som används till hälsoundersökningarna. Det är motiverat att rikta arbetstiden till de elever och familjer som av en eller annan orsak behöver noggrannare

uppföljning och särskilt stöd (se kapitel 13 Identifiering av behov av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd).

Återkommande hälsoundersökningar för studerande

Studerandehälsovårdens centrala uppgift är att följa och främja studerandens hälsa, välfärd och förmåga att studera. Målet är att främja och upprätthålla skyddande faktorer både hos studeranden och i omständigheterna och å andra sidan att minska riskfaktorer som kan utsätta studeranden för och utlösa problem. Centrala principer för hälsoundersökningar inom studerandehälsovården är att utgångspunkten är hos klienten och hans/hennes resurser, individualitet, jämlikhet mellan studerandena, frivillighet, tillräckligt med tid för klienten och respekt för studeranden. (SHM 2006b.)

Hälsoundersökningens uppgift är att få en helhetsbild av studerandens hälsa och välfärd samt att handleda studeranden att göra val som främjar hälsan. Centrala frågor i undersökningen är kartläggning av studerandens livssituation, självkänsla och resurser, motivation och risker samt kartläggning av viljan till eller hinder för förändring. Hälsoundersökningen baserar sig på en intervju med studeranden, en arbetshälsorelaterad riskbedömning och handledning. För hälsoundersökningar inom studerandehälsovården behövs hälsouppgifterna från grundskolan. I hälsoundersökningar inom yrkesutbildningen fästs uppmärksamhet vid hälsokrav som anknyter sig till studieområdet samt beaktas lagar och författningar som gäller arbetslivet.

I hälsoundersökningar för studerande ska man bedöma studerandens hälsotillstånd också med tanke på förmågan att klara av studierna. Hälsoundersökningarna under studerandens första år kan anses vara åldersgrupps- eller livsskedesundersökningar, och deras innehåll påminner mycket om hälsoundersökningar inom företagshälsovården. I detta livsskede försvåras många sådana psykiska problem som kan leda till marginalisering och tidig pensionering. Därför är det viktigt att upptäcka allvarlig depression, socialt tillbakadragande och tankestörningar. Eventuell mobbning ska identifieras och man ska ingripa (se SHM 2006b).

Målet för hälsoundersökningsverksamheten för första årets studerande är att:

- Utredda tillsammans med studeranden hans/hennes livssituation, levnadsvanor, de sociala nätverken och studierna som en del av välbefinnandet.
 - Stödja och förstärka resurserna.
 - Upptäcka risker som har att göra med levnadsvanor och ge handledning och rådgivning för att minska riskerna.
 - Bedöma studerandens hälsotillstånd med tanke på förmågan att klara av studierna.
 - Hänvisa studeranden till service om problem som hotar eller stör verksamhetsförmågan upptäcks.
 - Planera uppföljning, vård och rehabilitering av kroniska sjukdomar för studietiden.
 - Utredda tillsammans med läroanstalten och andra instanser vilka rehabiliterings- och stödåtgärder studerande som är i behov av särskilt stöd behöver (med studerande som är i behov av särskilt stöd avses studerande som fått delvis eller helt anpassad undervisning i grundskolan eller flyttats till en specialklass samt de som konstaterats vara i behov av särskilt stöd under de fortsatta studierna).
 - Utredda behovet av preventionsmedel och rådgivning om sexuell hälsa.
 - Informera om tjänster som studerandehälsovården erbjuder.
- (Källa: Handboken för studerandehälsovården, SHM 2006b)

Studerandens behov av hälsoundersökningar ska utredas med ett formulär eller en hälsoenkät som görs genast i början av studierna samt genom att bekanta sig med tidigare hälsouppgifter. Vid planering av hälsoundersökningar som utförs före arbetspraktik eller praktisk arbetslivsorientering ska man samarbeta med läroanstaltens studiehandledare och vid behov använda yrkesutbildade personer inom företagshälsovården. Dessutom uppmärksammas studerandens personliga egenskaper som kan utgöra utmaningar för studierna, perioder med inlärning i arbetet eller arbetspraktik. Uppmärksamhet fåsts vid bedömning av studerandens hälsotillstånd och rådgivning om hur studeranden ska klara av arbetet samt vid eventuella hälso- och säkerhetsrisker på arbetsplatsen som beror på studerandens hälsotillstånd, som exempel kan nämnas hygienrådgivning för studerande inom förplägnadsbranschen eller den stora risken för olyckor inom byggbranschen och förebyggande av dem. (SHM 2006b.)

Det är motiverat att använda ändamålsenligt studerandehälsovårdens resurser och att rikta tjänsterna förutom till återkommande hälsoundersökningar som täcker hela åldersklassen särskilt till dem som är i ett större behov av hjälp eller handledning av yrkesutbildade personer inom studerandehälsovården. Det är viktigt att inom studerandehälsovården identifiera de studerande som behöver särskilt stöd och att de tillhandahålls stödåtgärder som behövs under studietiden.

Tyngdpunkten har varit på unga studerande då det bestämts om omfattningen av och innehållet i hälsoundersökningar, men det finns också mån-

ga vuxenstuderande på läroanstalterna och de har också rätt till tjänsterna inom studerandehälsovården. Närmare anvisningar om hälsoundersökningar för studerande finns i Handboken för studerandehälsovården (SHM 2006b).

5) För studerande som bedriver studier vid en läroanstalt enligt 3 § 1 mom.

1–4 punkten eller inom sådan i 10 punkten avsedd utbildning som inte leder till yrkeshögskoleexamen

I 3 § 1 mom. 1–4 punkterna i förordningen avses yrkes- och gymnasieutbildning. För studerande som bedriver studier vid gymnasiet eller inom yrkesutbildning (vuxenutbildning, folkhögskola, idrottsutbildningscenter; räddningsinstitut och läroanstalter inom räddningsbranschen då utbildningen inte leder till yrkeshögskoleexamen) ska under det första studieåret ordnas en undersökning som utförs av en hälsovårdare och under det första eller andra studieåret en undersökning som utförs av en läkare, om inte läkarundersökning har gjorts i samband med antagningen av den studerande; en läkarundersökning ska dock alltid ordnas under det första studieåret för studerande som deltar i specialundervisning eller för vilka en utredning av hälsotillståndet och studieförmågan är nödvändig på grund av studieområdet eller det framtida yrket (Tabell 4).

Tabell 4. Hälsoundersökningar för studerande på gymnasiet och inom yrkesutbildning

Hälsoundersökning	1:a året	2:a året	3:e året
Hälsointervjuformulär eller hälsoenkät	x		
Hälsoundersökning som utförs av hälsovårdare	x		
Läkarundersökning*	(x)	x	
Undersökning av munnen	x (minst en gång under studietiden)		

* Under det första eller andra studieåret en undersökning som utförs av en läkare, om inte läkarundersökning har gjorts i samband med antagningen av den studerande; en läkarundersökning ska dock alltid ordnas under det första studieåret för studerande som deltar i specialundervisning eller för vilka en utredning av hälsotillståndet och studieförmågan är nödvändig på grund av studieområdet eller det framtida yrket.

- 1) *En hälsoundersökning som utförs av en hälsovårdare* ordnas under det första studieåret för alla studerande inom yrkesutbildning eller vuxenutbildning och på gymnasiet. Det rekommenderas att man under hälsoundersökningen använder en hälsoenkät som sänds redan under början av studierna. På basis av hälsoenkäten som fyllts i förväg kan man bedöma hur brådskande hälsoundersökningen är. (SHM 2006b.) Det rekommenderas att man bifogar till hälsoenkäten för ungdomar under 18 år ett verktyg för bedömning av alkohol- och narkotikabruk (ADSUME, Adolescents' Substance Use Measurement) (Pirkanen et al. 2005) och för fullvuxna Audit-testet. Dessa tester och mallar över hälsoenkäter finns som bilagor i Handboken för studerandehälsovården.

- 2) *Läkarundersökning* ska ordnas för studerande som bedriver studier på gymnasiet eller inom yrkesutbildning under det första eller andra studieåret. Om en läkarundersökning har utförts i samband med studerandevalet på grund av lagstiftningen gällande ifrågavarande studiebransch eller dess särdrag och man har skrivit ett T-intyg eller motsvarande om detta, behöver man inte utföra en separat läkarundersökning om det inte på hälsovårdarens mottagning kommer fram nytt behov för det. Däremot ersätter inte hälsointyget för unga som utfärdas i samband med hälsoundersökningen på högstadiet läkarundersökningen. Enligt undervisningsministeriets brev (Dnr 2/502/2006) till anordnare av yrkesutbildning 22.5.2006 krävs läkarintyg endast av dem som blivit invalda på utbildningen och endast då det motiveras i lagstiftning som gäller branschen (t.ex. chaufförsutbildning, flygledarutbildning) eller beror på andra särdrag inom branschen (t.ex. krav som gäller våtarbete i livsmedelsbranschen, allergisjukdomar inom utbildning i hårbranschen). På basis av hälsoundersökningen som utförs av en hälsovårdare bedöms behovet av och tidpunkten för läkarundersökning. Det är motiverat att ordna en läkarundersökning inom studerandehälsovården för manliga studenter under det år de ska infinna sig till uppbåd, eftersom läkarundersökningen för värnpliktiga utförs på förhand på hälsovårdscentralens mottagning eller inom läroanstaltens studerandehälsovård (det föreskrivs om uppbådsundersökningar i värnpliktslagen 1438/2007). Under läkarundersökningen utfärdas vid behov ett hälsointyg för unga.
- 3) *En läkarundersökning utförs alltid under det första studieåret för studerande som har behov av särskilt stöd samt studerande som har en långtidssjukdom eller en funktionsnedsättning som inverkar på valet av studiebransch eller framtida yrke. För de studerande som under studietiden blir utsatta för arbeten som kan orsaka insjuknande ska ordnas en läkarundersökning och vid behov återkommande undersökningar. Undersökningens innehåll ska följa undersökningar som utförs inom företagshälsovården.*
- 6) **Återkommande undersökningar för studerande som bedriver studier vid en läroanstalt enligt 3 § 1 mom. 5–9 punkten eller inom sådan i 10 punkten avsedd utbildning som leder till yrkeshögskoleexamen.**
- I 3 § 1 mom. 5–9 och 10 punkterna i denna förordning avses studerande som bedriver studier vid yrkeshögskolor och universitet. **För studerande som bedriver studier vid yrkeshögskolor eller universitet ska under det första studieåret ordnas en hälsoenkät, som vid behov leder till en hälsoundersökning (Tabell 5).**

Tabell 5. Hälsoundersökningar för studerande som bedriver studier vid yrkeshögskolor och universitet

Hälsoundersökning	1:a året	2:a året	3:e året
Hälsoenkät*	x		
Hälsoundersökning som utförs av en hälsovårdare*	(x)		
Läkarundersökning**			
Undersökning av munnen	x (minst en gång under studietiden)		

* På basis av hälsoenkäten ordnas vid behov en hälsoundersökning.

** Läkarundersökning vid behov på basis av hälsovårdarens undersökning.

Hälsoenkät

En hälsoenkät sänds till alla studerande när studieplatsen bekräftats eller alldeles i början av studierna. I hälsoenkäten kartläggs studerandens hälsotillstånd och hälsovanor, men även frågor kring studierna och mänskliga relationer. Syftet med hälsoenkäten är att få studeranden att fundera mångsidigt på faktorer som påverkar hans/hennes hälsa och på det viset att hjälpa studeranden att se möjligheterna att främja sin hälsa och välfärd. Enkäten erbjuder studeranden också en lätt möjlighet att söka stöd hos yrkesutbildade personer inom hälsovården. I enkäten betonas studerandens egna erfarenheter och bedömningar. Det rekommenderas att man bifogar i enkäten Adsume-testet för unga under 18 år och Audit-testet för fullvuxna. Med hjälp av hälsoenkäten kan man bedöma hur brådskande behovet av en hälsoundersökning är. Mallar över hälsoenkäter finns som bilagor i Handboken för studerandehälsovården. (SHM 2006b.)

Hälsoundersökning som utförs av en hälsovårdare

På basis av hälsoenkäten kallas till hälsoundersökningen studerande som

- har svarat i hälsoenkäten att de vill delta i en hälsoundersökning som ordnas inom studerandehälsovården;
- utsätts under studietiden för arbete som kan orsaka insjuknande;
- på basis av hälsoenkäten behöver hjälp av en yrkesutbildad person inom hälsovården eller hänvisning vidare för utredning eller vård av hälsoproblem;
- på basis av hälsoenkäten bedöms få nytta av hälsovårdens intervention på grund av riskbeteende eller ohälsosamma hälsovanor eller andra hälsorisker.

Det rekommenderas att man sänder i förväg en noggrann hälsoenkät till studeranden som kallas till en personlig hälsoundersökning. Mallar över hälsoenkäter finns som bilagor i Handboken för studerandehälsovården. Enkäten fungerar som en grund för diskussionen och gör det lättare att föra på tal även ömtåliga frågor. Det rekommenderas att hälsoundersökningen på

läroanstalten utförs av en hälsovårdare som känner till kraven som studiebranschen ställer på hälsan. Vid behov kan studeranden hänvisas till läkarmottagning för ytterligare undersökningar. (SHM 2006b.)

Hälsoundersökningens innehåll beskrivs i Handboken för studerande-hälsovården. I hälsoundersökningen utförs vid behov basundersökningar av hälsotillståndet såsom mätning av längd och vägning för att konstatera över- eller undervikt (hos vuxna mätning av midjemåttet och handledning i hur det går till), mätning av blodtryck, synkontroll och kontroll av färgseende, undersökning av hörseln, test för nikotinberoende, screening av anorexi, depressions-/sinnesstämningstest för utredning av den psykiska hälsan eller ett test som utvecklats för universitetsstuderande, s.k. screening av psykiska problem. Testet som utvecklats för universitetsstuderande innehåller nio frågor om en ung vuxens centrala livsområden, och det bedömer studerandens resurser och stress. (SHM 2006b.)

10 § Återkommande undersökningar av munnen

1) **Bedömning av munhälsan och behovet av vård för en familj som väntar sitt första barn**

För en familj som väntar sitt första barn ska ordnas minst en bedömning av munhälsan och behovet av vård. Munhälsan och behovet av vård för en familj som väntar sitt första barn bedöms alltid av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård. Bedömningen av familjens munhälsa och behovet av vård är en del av rådgivningsverksamheten och är avgiftsfri. Bedömningen av munhälsan och behovet av vård görs genom att intervjua familjen och vid behov använda validerade formulär. På basis av intervjun ges individuellt planerad rådgivning med diskussioner som fokuserar på resurser som metod. Målet med hälsorådgivningen är att familjen aktivt deltar i rådgivningen och beslutsfattandet samt att hälsofrämjande vanor ska bli en del av familjens vardag. Tillsammans med familjen definieras behovet av att ändra hälsobeteendet och ställs mål som skrivs ner. På följande besök som omfattar både hälsorådgivning och undersökning av hälsan diskuteras om målen uppnåtts. I hälsoundersökningarna beaktas också individuella och kulturella faktorer.

Munhälsan och behovet av vård kan också bedömas i rådgivningens lokaler, och så kan man nå flera familjer än om familjen måste boka en separat tid på tandvårdskliniken. Med gott samarbete med rådgivningen har den yrkesutbildade personen inom mun- och tandvården möjligheten att nå nästan alla familjer som väntar sitt första barn. Bedömning av munhälsan och behovet av vård kan också utföras på tandvårdskliniken. På hälsorådgivningsbesöket vore det speciellt viktigt att identifiera familjer som behöver särskilt stöd. I STEEM-projektet som genomfördes inom Vanda Munhälsa under 2006–2008 deltog endast en fjärdedel av familjerna som väntade barn i det avgiftsfria salivtestet och i de separata hälsorådgivningsbesöken. (Arpalahti et al. 2009.)

De lösningar som fungerar bäst i praktiken kommer man överens om lokalt. Förutom hälsorådgivning som riktas till familjen kan man använda

grupprådgivning som gör det möjligt att få stöd av andra i samma situation. Om det konstateras att föräldrarna behöver munvård, får familjemedlemmarna en tid till hälsoundersökning av munnen hos en munhygienist eller tandläkare. Klinisk hälsoundersökning av munnen och vård är avgiftsbelagda för familjemedlemmar (förordning 912/1992).

2) Hälsoundersökning av munnen för barn under skolåldern

För barn under skolåldern ska ordnas en undersökning av munnen när barnet är 1 eller 2 år, när barnet är 3 eller 4 år och när barnet är 5 eller 6 år. I en undersökning av munnen när barnet är 1–2 år undersöks början av tandsprickningen samt utvecklingen av tuggorganen. Bildning av mjölkttandsemalj och tandbenets hårda vävnad börjar då fostret är 3–4 månader gammalt. Den första mjölkttanden kommer fram vid 4–11 månaders ålder och ett 3-årigt barn har 20 mjölkttänder i munnen. Då skapar man grunden för utvecklingen av en sund munhälsa. Barnets mat- och hygienvanor bildas under de första åren och de påverkas starkt av familjens vanor. Användning av fluor påbörjas då mjölkkindtänderna kommer fram. Hos små barn är plack på ytan av de övre framtänderna ett tecken på förhållanden där karies kan bildas. För att undvika att barnets bett påverkas negativt ska man försöka sluta använda eventuell napp och nappflaska vid cirka ett års ålder.

Hälsoundersökning vid 3–4 års ålder är viktig för att mjölkttänderna ska bevaras friska. Hålen framskrider fort i mjölkttänderna och därför ska barnets mun- och tandhälsa följas regelbundet och samtidigt kan man ingripa i problem som uppmärksamhets i barnets mat- och hygienvanor, såsom oregelbundna måltider, flera mellanmål och ätande av godsaker samt användning av söta drycker. Behovet av intensifierad rådgivning och hänvisning till vård bedöms; detsamma gäller för barn som har en allmän sjukdom med mediciner eller återkommande infektionssjukdomar. I undersökning av munnen ingår också identifiering och förebyggande av korsbett i framtänderna eller sidopartierna.

När hälsoundersökning ordnas för barn i 5–6 års ålder börjar också de första permanenta tänderna komma fram. Det är viktigt att betona rengöringen av dem och andra faktorer som främjar tandhälsan för föräldrarna. Barnet behöver fortfarande hjälp av föräldrarna för rengöring av munnen och tänderna. I undersökningen av munnen bedöms behovet av förebyggande vård och fissurförsegling av de permanenta tänderna. Det är viktigt att fästa uppmärksamhet vid nyttig kost och utvecklingen av matvanor. I undersökningen av munnen ingår identifiering, förebyggande och vård av störningar och avvikelser i samband med tandömsning.

3) Undersökning av munnen för eleven

För elever ska ordnas en undersökning av munnen i årskurs ett, i årskurs fem och i årskurs åtta. I första klassen betonas i undersökningen av munnen betydelsen av elevens egenvård och utveckling av goda hälsovanor och följs tandömsningen och bettutvecklingen. De första permanenta kindtänderna,

de s.k. sexorna, börjar mineraliseras inne i käkbenen när barnet är ett halvt år och kommer fram oftast i 6–8 års åldern. Det finns skäl att fästa särskild uppmärksamhet vid tandömsning, bettutvecklingen och eventuella avvikelser. Den återkommande undersökningen av munnen når i första klassen hela årsklassen som börjar skolan, då det är möjligt att undersöka även de elever som tidigare inte har kommit på undersökningar.

Hos barn i femte klassen håller sen andra fasen på att börja då resten av mjölkttänderna ersätts av permanenta tänder. I detta skede bör särskild uppmärksamhet fästas vid kostvanor och ätande av sötaker samt vid rengöring av munnen eftersom nya tänder lätt får hål. Särskild uppmärksamhet ska riktas på god rengöring av tänder som håller på att komma fram.

I åttonde klassen kan eleven fortfarande ha i munnen tänder som håller på att bryta fram och som lätt får hål. I denna ålder hotar ofta stora mängder av sötaker och vanan att småata samt otillräcklig rengöring av munnen munhälsan, liksom även eventuell rökning och bruk av alkohol och narkotika.

I undersökningar av munnen utreds bettavvikelser för bedömning av behovet av regleringsvård (se 8 §).

4) Undersökning av munnen för studeranden

För studerande ska minst en gång under studietiden ordnas en undersökning av munnen, i vilken behovet av munhygienisk rådgivning och mynhygieniska tjänster utreds. Hål i tänderna och sjukdomar i stödjevävnaderna är ganska vanliga bland studerande. Det är vanligt med problem i anslutning till frambrytande visdomständer. Man ska också fästa uppmärksamhet vid bettproblem som uppstår på grund av stress samt ändringar i tänderna på grund av ätstörningar: sådana ändringar kan synas före andra symptom.

Inom studerandehälsovården finns det studerande från olika läroanstalter, och deras seder och vanor kan skilja sig mycket från varandra. En del studerande röker mycket och rengör munnen oregelbundet, vilket försvagar munhälsan. Försummelse av rengöring av munnen, riklig och ofta återkommande användning av söta drycker, mellanmål och sötaker utsätter för karies. Rådgivning om munhälsan fokuserar på att man ska själv ta ansvar för munhälsan och användningen av tjänster.

11 § Specialundersökningar i skolhälsovården

Kommunen ska i enlighet med elevens behov ordna följande specialundersökningar för att konstatera elevens hälsotillstånd:

- 1) syn- eller hörselundersökning som utförs av en specialist samt laboratorie- och röntgenundersökningar och andra motsvarande undersökningar som specialisten ordinerar,**
- 2) undersökning av den mentala hälsan som utförs av en psykiater, och**
- 3) undersökning som utförs av en psykolog.**

Bestämmelsen om specialundersökningar i skolhälsovården ingick tidigare i 2 § i folkhälsoförordningen. Bestämmelsen har överförs till denna förordning med samma innehåll.

Fastän det föreskrivs i förordningen om undersökning av den mentala hälsan som utförs av en psykiater, förutsätter undersökning av barn och unga i synnerhet kunskande inom barn- och ungdomspsykiatri. Därför rekommenderas det att en barn- och ungdomspsykiater utför de specialundersökningar som ordnas för att undersöka elevens mentala hälsa. Bedömning av psykiska problem förutsätter samarbete med människor som arbetar i barnets eller den unga personens vardagsmiljö och med familjen. Psykiatrisk undersökning kan också innebära deltagande i en multiprofessionell situationsbedömning för att ordna det optimala stödet för barnet eller den unga personen.

Dessa specialundersökningar är enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1002), nedan klientavgiftslagen, avgiftsfria för grundskoleleverna. Klientavgiftslagen begränsar inte antalet undersökningar. Specialundersökningar ordnas efter behov som köpta tjänster om denna specialkompetens inte finns att tillgå i kommunen.

12 § En sund och trygg skola och studiemiljö

I syfte att främja elevernas och de studerandes hälsa ska det vart tredje år göras en undersökning av om skolan och studiemiljön är sund och trygg. Folkhälsolagen förutsätter att skol- och studerandehälsovården bevakar och främjar skolgemenskapens och studiemiljöns hälsosamhet och trygghet. I handböckerna för skolhälsovården och studerandehälsovården finns det noggrannare rekommendationer. Utgångspunkten är kännedom om miljöns och gemenskapens centrala inverkan på elevens och studerandens hälsa. Miljön och gemenskapen ska skydda hälsan och göra det möjligt att göra val som främjar hälsan, och de får inte utgöra en fara för någons hälsa. Goda arbets- och studieförhållanden skapar förutsättningar för hela studiegemenskapens välfärd, bevarande av arbets- och studieförmågan samt framgångsrik inlärning. I de ovan nämnda handböckerna finns närmare anvisningar för undersökningen och formulären som används i den. De ska dock kompletteras nationellt för att möta nya utmaningar. I undersökningen kan också företagshälsovårdens praxis för arbetsplatsutredningar utnyttjas. Dessutom är det behövligt att skolor och läroanstalter utnyttjar skolspecifik information från skolhälsoenkäten.

Eleven har enligt lagen om grundläggande utbildning och studeranden enligt gymnasielagen och lagen om yrkesutbildning rätt till en trygg studiemiljö. År 2003 ändrades lagar om utbildning genom att komplettera bestämmelserna om elev- och studerandevård. Med elev- och studerandevård avses verksamhet som ökar förutsättningarna för god psykisk och fysisk hälsa samt social välfärd.

I skolgemenskaper och studiemiljöer tillämpas lagen om företagshälsovård (1383/2001) och arbetarskyddslagen (738/2002) vid arbete som utförs på basis av arbetsavtal och i anknytning till utbildningen. Enligt vad

som bestäms och föreskrivs i fråga om arbetstagare svarar arbetsgivaren för studerandens skydd i arbetet vid utbildning som ordnas på en arbetsplats i samband med praktiska arbetsuppgifter även då studeranden inte står i arbetsavtalsförhållande, tjänsteförhållande eller i därmed jämförbart offentligrättsligt anställningsförhållande till arbetsgivaren (lag om yrkesutbildning 19 §). Kraven på skolornas och läroanstalternas hälsoförhållanden grundar sig på hälsoskyddslagen (763/1994). Skolgemenskapernas och studiemiljöernas utrymmen inomhus är sådana andra utrymmen inomhus som avses i hälsoskyddslagen och på vilka samma sanitära krav tillämpas som på bostäder (se 26–27 §).

Enligt kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården (SHM 2004b) är målet en hälsosam, trygg, tillgänglig och estetiskt trivsam inlärningsmiljö, där man har uppmärksammat nivån på de fysiska arbetsförhållandena, såsom kvaliteten på inomhusluften, risken för olyckor inne och utomhus, möbleringen, de sociala utrymmen, förvaringsutrymmen och städningen på skolan. För inspektion och bedömning av ergonomi i skolarbetet kan man använda en yrkesutbildad person inom fysioterapi. Inom skolhälsovården är det behövt att samarbeta med personalen i skolbespisningen och andra som verkar inom skolgemenskapen. Målet är att eleverna och studerandena har möjlighet till en hälsosam skolmåltid och nyttiga mellanmål under skoldagen och möjligheten att använda vatten som törstsläckare. Automater med godis och läsk rekommenderas inte till skolor och läroanstalter (Undervisningsministeriet och Folkhälsoinstitutet 2007). Skolhälsovården deltar i bedömningen av faror (inkl. olycksfall) och olägenheter som finns i skolan och i beredningen av en gemensam plan för elevvården; detta gäller bl.a. förebyggande av olycksfall och användning av alkohol och narkotika samt kris-, våld- och mobbningssituationer och andra särskilda situationer som en del av planen för elevvården. (SHM 2004b, Undervisningsstyrelsen 2003, 2004, 2009) Det vore bra att uppföljning av sådana situationer och statistik om dem skulle omfattas av granskningspraxisen.

Personalen inom skolhälsovården och den övriga elevvården samarbetar med skolans övriga personal när skolor och läroanstalter förbereder planer och verksamhetsmodeller för främjande av trygghet och förberedande inför krissituationer. Elevvården samarbetar, planerar och utvecklar gemensamma verksamhetsmodeller i anknytning till främjande av skolgemenskapens hälsosamhet och trygghet, den interna arbets- och ansvarsfördelningen samt förebyggande av problem, olycksfall och krissituationer. I synnerhet samarbetet inom elevvården i fråga om plötsliga krissituationer ska planeras så att man kan fungera ändamålsenligt i skolan och läroanstalten i situationer som beskrivs både i räddningsplanen och i planen för elevvården (en del av läroplanen). Samarbetet utvidgas även så att det täcker samarbete med polisen och räddningsväsendet när man utvecklar och övar gemensamma verksamhetsmodeller och färdigheter i anknytning till räddnings- och andra krissituationer.

För att uppdateringen av anvisningar och verksamhetsmodeller för säkerheten och handledningen av upprätthållande av beredskapen ska kunna tryggas, bör man i samarbete inom elev- och studentvården komma fram till hur elev- och studerandevårdsgrupper kan fungera som sakkunniga i frågor som gäller olika krissituationer. Skolhälsovårdens samarbete med andra instanser som ansvarar för krisberedskap i kommunen är viktigt i situationer där skolornas egna resurser inte räcker till. Det ovan nämnda gäller i tillämpliga delar även för studerandehälsovården.

Systematisk granskning och uppdatering av verksamhetsmodellerna är en viktig del av främjande av säkerhet.

Undersökningen ska göras i samarbete med läroanstalten och dess elever eller studerande, skol- eller studerandehälsovården, hälsovårdsinspektören, personalens företagshälsovård och arbetarskyddspersonalen samt vid behov med andra sakkunniga. Undersökningen ska göras i brett samarbete med instanserna som nämns i paragrafen. Rektorn har ett centralt ansvar för hela skolgemenskapen, skolarbetet och ordnande av dess förutsättningar. Förordningen förpliktar skol- och studerandehälsovården att vart tredje år göra en undersökning av om skolan och studiemiljön är hälsosam och trygg, men genomförandet av undersökningen förutsätter samarbete med andra instanser. Det är bra om även representanter för fysioterapi, miljö- och hälsoskydd samt munhälsa deltar i undersökningen. Det rekommenderas att även en representant för föräldrarna, till exempel från föräldraföreningen, kallas med i undersökningen av grundskolan.

Arbetet för att avhjälpa de brister som konstaterats vid undersökningen ska följas upp årligen. Uppföljning av brister som konstaterats vid undersökningen hör enligt folkhälsolagen till sol- och studerandehälsovårdens uppgifter. Det är ändamålsenligt att genomföra uppföljningen i samarbete med ovan nämnda instanser. Det lönar sig att skriva ner undersökningsmetoderna och praxisen vid uppföljning av brister som konstaterats i undersökningen i skolans plan för välbefinnande. I den bör man bland annat komma överens om vilken roll elev- och studerandevårdsgruppen har inom främjandet av skolgemenskapens och studiemiljöns sundhet och trygghet. Dessutom är det bra att komma överens om hur åtgärdande av bristerna följs upp årligen och vart man rapporterar om det (t.ex. skolans årsberättelse). Undersökningar för främjande av skolgemenskapens och studiemiljöns hälsosamhet och trygghet följs upp från och med år 2011 med hjälp av vårdanmälningssystemet AvoHoito.

13 § Identifiering av behov av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd

Hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna ska ordnas så att behovet av särskilt stöd hos ett barn under skolåldern, en elev, en studerande eller en familj identifieras i ett så tidigt skede som möjligt, och att det stöd som behövs tillhandahålls utan dröjsmål. Enligt undersökningar är det behövt att stärka identifiering av behovet av särskilt stöd och ordnande av det inom

de förebyggande tjänsterna (Heimo 2002, Hakulinen-Viitanen et al. 2005, Hakulinen-Viitanen et al. 2008). De som arbetar inom rådgivningen och skol- och studerandehälsövården möter nästan alla årsklasser av barn och unga, så de har goda möjligheter att identifiera barns, ungas och familjers eventuella problem och behov av särskilt stöd och kan rikta stöd åt dessa familjer så tidigt som möjligt. Även barnskyddslagen förutsätter att särskilt stöd erbjuds inom mödra- och barnrådgivningen samt inom den övriga hälso- och sjukvården, dagvården, undervisningen och ungdomsarbetet då barnet eller familjen inte är klienter hos barnskyddet. Barnskyddslagen erbjuder det gemensamma begreppet "särskilt stöd" för arbetet som utförs inom kommunens olika sektorer.

Man bör lägga märke till att inom hälso-, social- och undervisningsväsendet används också andra termer som betyder nästan samma sak såsom 'tidigt stöd', 'tidigt ingripande' och begreppet 'intensifierat stöd' som föreslagits i samband med föreslagna ändringar i lagen om grundläggande utbildning (RP 109/2009). Enligt lagen om barndagvård används termen 'barn som är i behov av speciell vård och fostran' och enligt grunderna för planen för småbarnsfostran (2003) 'barn som är i behov av särskilt stöd'. I allmänhet beskrivs även hur stöd ordnas gradvist eller intensifieras allteftersom. Till exempel inom småbarnsfostran får alla barn pedagogiskt stöd, det nästa steget är tidigt stöd och den intensivaste formen särskilt stöd. Inom de förebyggande hälsotjänsterna för barn och unga får alla kunskapsmässigt och emotionellt stöd, en del erbjuds särskilt stöd. Även i enlighet med ändringen av lagen om grundläggande utbildning föreslås det att stödet stegvis stärks så att stödformerna intensifierat stöd och särskilt stöd blir starkare än det kortvariga stöd som ska ges i samband med undervisningen. Den primära stödformen är intensifierat stöd som omfattar de nuvarande stödformerna, såsom stödundervisning, specialundervisning på deltid, elevvårdsstöd och olika pedagogiska lösningar. Ordnanande av särskilt stöd och specialundervisning som en del av det kommer i fråga om intensifierat stöd till eleven inte räcker.

Behov av stöd ska identifieras så tidigt som möjligt och stöd ska ordnas i rätt tid för att man ska kunna förebygga att problemen blir svårare och mer komplicerade. För det mesta är det lättare att ge hjälp i tidigt skede, eftersom detta binder färre resurser och kostnaderna är lägre. Terapisvaret är i allmänhet bättre om det är möjligt att uppnå resultat med färre resurser. Tidigt stöd kan minska hälsoskillnader och för sin del förebygga marginalisering.

Om identifiering av behovet av stöd och tillhandahållandet av stöd försenas, försåras barnets, den unga personens och familjens liv och leder till att korrigerande tjänster behövs senare. En del av elevers neurologiska problem i utvecklingen hade troligtvis kunnat identifieras redan på barnrådgivningen (Liuksiala 2000, Valtonen 2009). Försening av hjälp och stöd syns även i barnskyddsstatistiken. Enligt statistiken har antalet barnskyddsklienter inom den öppna vården fördubblats under de senaste tio åren. Bakom statistiken finns förutom ändringar i begreppen och arbetsmetoderna en reell ökning av barns illabefinnande, vilket förklaras av bl.a. ändringar i barnens

och familjernas vardag, föräldrars arbetslöshet, ökad användning av alkohol och narkotika och andra problem i barnfamiljer. (Heino 2007, Hiitola 2008)

För att familjer som är i behov av särskilt stöd ska upptäckas så tidigt som möjligt ska man öka användning av metoder som hjälper att föra problem på tal och utbildning av personalen. En metod som visat sig vara effektiv är bland annat orons gråa zon (Eriksson och Arnkil 2005) där man utnyttjar om något väcker personalens oro, samt andra metoder för identifiering av behov (Audit, enkäter om resurserna i familjen, EPDS etc.). Personalen som arbetar inom förebyggande tjänster för barn ska ha färdigheter att tillräckligt tidigt upptäcka barns, ungdomars och familjers behov av stöd och utan dröjsmål ordna nödvändiga stödåtgärder enligt individuellt behov. I detta arbete behövs i allmänhet också multiprofessionellt samarbete och ett nätverksrelaterat grepp som stöder det. Identifiering av riskfaktorer i familjerna och stödjande av familjen för att den ska klara av svåra livssituationer har visat sig vara nyttigt.

Med hjälp av orons gråa zon strukturerar den anställda gradvis oron som han/hon känner för barnets, den unga personens eller familjens situation, hur hans/hennes möjligheter att hjälpa räcker till samt behovet av extra resurser (familjens närstående, yrkesutbildade personer inom olika instanser). Även barn, unga och föräldrar kan med hjälp av metoden bedöma graden av sin oro och behovet av stöd. Graderna av oro är: ingen oro, liten oro, växande oro och diffusa situationer, stark oro. (www.sosiaaliportti.fi)

Att föra oron på tal är ett sätt att föra en svår fråga på tal så att klienten respekteras och stöd erbjuds. Det är ett medel som hjälper den anställda att strukturera sina egna arbetsrelationer och oron i samband med dem. Att föra oron på tal underlättar och gör det möjligt att ta upp oron tidigare samt förbättrar klientsamarbetet. (www.sosiaaliportti.fi)

Många kommuner, till exempel Nurmijärvi och Rovaniemi, har utvecklat metoder för tidigt stöd och ett fungerande samarbete inom hela kommunens område. Förutom de ovan nämnda medlen och metoderna presenteras god praxis till exempel på Institutet för hälsa och välfärds Hyvä käytäntö-webb sida och Kommunförbundets informationsbank Hyväkäs. Det finns information om projektet Toimiva lapsi & perhe (Fungerande barn & familj) på www.stakes.fi/toimivaperhe.

Behovet av särskilt stöd ska utredas, om det hos ett barn i skolåldern, en elev, en studerande eller en familj eller i miljön finns faktorer som kan äventyra en sund uppväxt och utveckling. Situationer där barnet, den unga personen eller familjen kan behöva särskilt stöd är mångahanda. Det första tecknet kan vara att den anställda känner oro. Följande exempel på situationer är sådana då åtminstone barnets, den unga personens och familjens situation och behov av stöd ska bedömas närmare:

- 1) barnets eller den unga personens sjukdom, psykiska problem och missbruk, beteendestörningar och mobbning, problem med den neurologiska utvecklingen, såsom inlärningssvårigheter;
- 2) fysiskt eller psykiskt våld mot barnet och försummelse, även kroppslig åga, brister i basvård, omsorg och inbördes växelverkan inom familjen samt annat illabehandlande av barnet;
- 3) regelbundna vårdbesök på grund av olyckor, vilket kan vara ett tecken på såväl illabehandlande som psykiska problem och missbruk;
- 4) föräldrarnas allvarliga sjukdomar, psykiska problem eller missbruk, våld i nära relationer; eller
- 5) problem i anknytning till försörjning och levnadsförhållanden.

Särskilt viktigt är det att identifiera problem som riskerar att överföras mellan generationerna. Föräldrarnas psykiska problem ökar barnens risk att insjukna i psykiska störningar under barndomen och vuxenskapet (Solantaus och Paavonen 2009). Även föräldrarnas missbruk kan överföras mellan generationerna (Coffelt et al. 2006, Seljamo et al. 2006) och orsaka otrygghet för barnet (Valleman och Reuber 2007).

Dessutom kan det finnas andra situationer där barnens, ungas och familjernas situation och behovet av stöd ska närmare undersökas. Sådana är till exempel situationen för barn inom vård utom hemmet och det övriga barnskyddet, de som fått straffpåföljder samt invandrare. Föräldrarnas arbetslöshet, ekonomiska problem, fattigdom, långtidsarbetslöshet, missbruk, hälsoproblem och levnadsvanor som äventyrar hälsan samt dåliga boendeförhållanden är vanligare bland familjer som har en lägre socioekonomisk status (t.ex. Heino 2007). Dessa faktorer kan påverka skadligt barnets hälsa och hur levnadsvanorna utvecklas samt reflekteras som socioekonomiska skillnader i fråga om hälsa och levnadsvanor som har central betydelse för den redan under barndomen och ungdomsåren. Ibland kan bakom ett problem som verkar lindrigt, till exempel ett spädbarn som gråter mycket, finnas en mycket svårare livssituation. Sådana situationer kan vara att modern till ett spädbarn som gråter mycket är trött, moderns lindriga depression, en ensamstående förälders eller mycket unga föräldrars osäkerhet, barnets oro eller avvikande trotsighet och invandrarfamiljers situation. I identifiering och utredning av ungdomars problem behövs ofta känslighet och kunskaper. Olika former av risktagning kan visa sig samtidigt. Till exempel problem i samband med den sexuella hälsan kan höra ihop med missbruk (t.ex. Kuortti och Kosunen 2009). Enstaka riskfaktorer eller situationer förutsätter nödvändigtvis inte att man ska ordna särskilda åtgärder för familjen, utan i alla situationer ska man beakta individens och familjens helhetssituation (bl.a. resurser, det sociala nätverket och stödet).

Om det finns orsak att misstänka att barnets tillväxt och utveckling äventyras och det inte finns tillräckliga medel och resurser, bör rådgivningen trygga familjen tillräckligt stöd (SHM 2004a). I sådana situationer ska man främst beakta barnets intresse, och vid behov göra en barnskyddsanmälan.

Barnskyddslagen förpliktar alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att utan dröjsmål och utan hinder av sekretessbestämmelserna göra en anmälan till det organ som ansvarar för socialvården i kommunen, om de fått kännedom om ett barn för vars del behovet av vård och omsorg, omständigheter som äventyrar barnets utveckling eller barnets eget beteende kräver att behovet av barnskydd utreds.

I syfte att bedöma och tillgodose behovet av särskilt stöd ska det vid behov ordnas extra besök och hembesök. Hälsovårdaren ska ha möjligheten att ordna extra besök och göra hembesök förutom de återkommande hälsoundersökningarna. På de extra besöken och hembesöken har hälsovårdaren möjligheten att först utreda situationen och sedan kanalisera samtalshjälp och emotionellt stöd för barn, unga och deras familjer. De extra besöken planeras enligt barnets, den unga personens eller familjens individuella behov och livssituation. Ibland kan 1–3 besök för analys av situationen vara tillräcklig hjälp. Samtidigt kan man bedöma var det vore ändamålsenligt att söka hjälp. Under hembesöket är det möjligt att uppmärksamma barnets viktigaste utvecklingsmiljö, dvs. hemmet. Hembesök är en viktig arbetsform vid stöd av familjer. Hälsovårdarens arbete ska dimensioneras så att barns, ungas och familjers behov av särskilt stöd kan utredas och vid behov stöd tillhandahållas.

I en del kommuner har man genomfört multiprofessionellt samarbete vid planering och ordnande av hembesök, till exempel hälsovårdarens och familjearbetarens gemensamma hembesök i alla familjer som väntar barn. Hembesöken ska påbörjas så tidigt som möjligt i familjer som är i behov av särskilt stöd, besöken ska ske tillräckligt ofta och det ska finnas tillräckligt med tid för hembesöken så att den yrkesutbildade personen och familjen lär känna varandra. Det är viktigt att skapa en förtroendefull relation till familjen, och båda vårdnadshavarna ska uppmärksammas. Vid ordnande av särskilt stöd kan man utnyttja även annat multiprofessionellt kunnande inom kommunen eller samarbetsområdet, såsom till exempel eventuell rehabiliteringsarbetsgrupp (se sida 67) samt lokala och regionala mentalvårdstjänster. Det finns också skäl att uppmärksamma samarbete med dagvården, organisationer och församlingar när det ordnas stödåtgärder för familjen. Det är till familjernas, barnens och ungdomarnas bästa om stöd kan ordnas i barnets eller den unga personens vardagsmiljö i hemmet, dagvården eller skolan.

Ordnande av stöd av likställda och hemhjälp samt startande av samarbete i en multiprofessionell arbetsgrupp och ändamålsenlig servicehandledning är uppgifter som hör till förebyggande hälsotjänster. Familjearbete och multiprofessionellt samarbete ska förstärkas, i synnerhet i situationer då utredningen av familjesituationen och stödjande av familjen förutsätter återkommande och tillräckligt långa hembesök. Verkningsfullheten av förebyggande familjearbete har bedömts bland annat i Mannerheims Barnskyddsförbunds projekt för barnfamiljer (Lapsiperhe-projekti) under 1996–2000 (Häggman-Laitila et al. 2001). Enligt resultaten förbättrade det familjein-

riktade arbetet kvaliteten i familjelivet. Det skedde förbättring bland annat inom föräldraskapet, uppföstran och vård av barnen samt parförhållandet. Resultatet för både den inre och yttre bedömningen av projektet var att med familjearbete förebyggdes uppkomsten av alternativkostnader som var 4–6 gånger större.

I syfte att ordna särskilt stöd ska det utarbetas en plan i samarbete med den som behöver stöd och, beroende på personens ålder, med hans eller hennes familj. Den plan som avses i patientlagen (4a §) utarbetas alltid för den som är i behov av särskilt stöd. Denna personliga plan för välbefinnande och hälsa utarbetas i samarbete med barnet, den unga personen och beroende på åldern med familjen. Det är av största betydelse att vårdnadshavarnas åsikter och behov beaktas vid planering och ordnande av stödåtgärder för barnet, den unga personen eller familjen. Det är också viktigt att lyssna tillräckligt på barnets och den unga personens åsikter.

I planen skrivs ner behovet av stöd, klientorienterade mål, stödet som ska tillhandahållas och en plan över uppföljning. Det särskilda stödet som barnet, den unga personen eller familjen behöver ska planeras och ordnas i gott samarbete så att barnet, den unga personen och familjen respekteras, hörs och främst i samband med normala tjänster så att stödet inte stämplar familjen. Vid behov ordnas ett multiprofessionellt nätverksmöte för utarbetande av planen. Uppnående av målen som skrivits ner i planen ska följas upp och bedömas på hälsoundersökningar och extra besök eller på hembesök tillsammans med den som är i behov av stöd.

När planen utarbetas beaktas även andra eventuella planer som utarbetats för barnet eller familjen i behov av särskilt stöd. En sådan är till exempel rehabiliteringsplanen som enligt dagvårdslagen utarbetas tillsammans med olika instanser för att samordna rehabiliteringen som barnet behöver. I många kommuner är det praxis att utarbeta en rehabiliteringsplan som en del av planen för småbarnsföstran som utarbetas för barnet inom dagvården. För barn som är i behov av särskilt stöd definieras i planen barnets behov av stöd och hur stödet ordnas. I planen beskrivs också hur den individuella handledningen av barnet och småbarnsföstran samordnas. Om barnet behöver tjänster inom hälso- och sjukvården skrivs det ner i barnets plan och man kommer överens om ordnande av tjänster i samarbete med personalen inom hälso- och sjukvården.

I syfte att bedöma och tillgodose behovet av särskilt stöd ska samarbete vid behov också bedrivas mellan olika kommunala aktörer, såsom dagvården, hemservicen, barnskyddet, elev- och studerandevården samt den specialiserade sjukvården och andra aktörer. Identifiering av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd ankommer enligt barnskyddslagen på alla som arbetar med barn och unga och deras familjer inom kommunen. Det är också behövt att inom kommunerna utveckla effektivsamarbetsmetoder och sörja för att samarbetet planeras och leds av någon. Det ska skapas färdigheter på basservicenivå att med hjälp av multiprofessionella familjenätverk svara på

barnens, ungdomarnas och familjernas behov då de behöver särskilt stöd. Ett fungerande samarbete och en tydlig nivåstrukturering av vården mellan primärvården och den specialiserade sjukvården möjliggör att barnet, den unga personen och familjen får lämpligt stöd. (Borg 2006, Korhonen 2010.) Även barnskyddslagen förpliktar till multiprofessionellt samarbete då behovet av stöd för barn, unga och barnfamiljer utreds och vid planering och utveckling av tjänster. Enligt lagen ska kommunen vid behov ordna verksamhet som stöder barn och unga i behov av särskilt stöd.

I barnfamiljernas liv finns det många situationer då man i överraskande svårigheter i vardagen behöver hemhjälp utifrån hemmet. Sådana svårigheter kan vara moderns depression eller att föräldern annars insjuknar, särskilda situationer i familjer med många barn, ett svårskött spädbarn eller en svår skilsmässa. I 17 § i socialvårdslagen bestäms om kommunens plikt att ombesörja hemservice. Enligt 36 § i barnskyddslagen ingår i det förebyggande arbetet inom barnskyddet och stödåtgärderna inom öppenvården även hemservice i enlighet med 17 § i socialvårdslagen. På rådgivningen ska behovet av hemhjälp i synnerhet efter förlossningen bedömas i samband med möten med familjer. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid familjer med många barn och flerlingsfamiljer. Det är önskvärt att kostnader för eventuell hemhjälp inte blir ett hinder för tillhandahållande av behövliga tjänster. I familjearbetet ingår också hjälp som ges hemma hos klienten.

I kommuner har man framgångsrikt utövat multiprofessionellt samarbete till exempel inom ramen för s.k. *rehabiliteringsarbetsgrupper för barn*. Grupperna består av en hälsovårdare, hälsocentralläkare, specialpersonal på hälsovårdscentralen (bl.a. psykolog, talterapeut, fysioterapeut, näringsterapeut) och ofta också av specialbarntädgårdslärare och socialarbetare samt i mån av möjlighet av motsvarande yrkesutbildade personer inom den specialiserade sjukvården och/eller en barnneurolog/pediatriker. Arbetsgruppen har till uppgift att multiprofessionellt koordinera och planera personligt genomförande av rehabiliteringsvård för barn så att rehabiliteringen i så tidigt skede som möjligt utvecklas till en med tanke på barnet meningsfull och med tanke på resurserna effektiv samordnad rehabiliteringsplan. Arbetsgruppen kommer också på allmän nivå överens om gemensam vårdpraxis och utvecklar, planerar och följer tväradministrativt rehabiliteringsmöjligheter och -tjänster för barn.

Det lönar sig att i kommunen utarbeta en plan över stöd som ordnas i speciellsituationer: planen kan utgöra en del av planen och kommunens verksamhetsprogram som förutsätts i barnskyddslagen (se kapitel 2.5). Planen innehåller förfarandesätt i olika situationer som man kommit överens om i förväg, ansvarspersoner, samarbetspartner, arbetsfördelning, vårdkedjor samt behövlig extra utbildning och arbetshandledning. Planen som man tillsammans kommit överens om tillämpas för varje enskild familj, barn och unga person så som varje situation eller klientens behov förutsätter. Det är behövligt att även med hjälp av statistik följa antalet barn/familjer i behov av särskilt stöd och hur stödet lyckats.

2.3 HÄLSORÅD GIVNINGENS INNEHÅLL OCH OMFATTNING

Med hälsorådgivning avses i förordningen sådan verksamhet som bedrivs av yrkesutbildad personal och som stöder individens, familjers och befolkningens välfärd genom systematisk växelverkan och kommunikation som utgår från hälsan och som sker på individ-, grupp- och befolkningsnivå.

14 § Hälsorådgivningens gemensamma innehåll

Det ges närmare anvisningar om hälsorådgivning i Barnrådgivningshandboken (SHM 2005), handboken Skolhälsovården (Stakes 2002), kvalitetsrekommendationen för skolhälsovården (Kouluterveydenhuollon laatussuositus SHM 2004b), Handboken för studerandehälsovården (SHM 2006b) samt Handlingsprogrammet för främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa (SHM Publikationer 2007:17).

Yrkesutbildade personer som arbetar på mödra- och barnrådgivningen och inom skol- och studerandehälsovården har möjligheten att nå alla barn, unga och barnfamiljer, så de har en betydande roll inom hälsorådgivning för befolkningen. Barndomen och ungdomsåren är viktiga livsskeden både för hälsan i vuxenåldern, livsvanorna som påverkar den och utvecklingen av utbildnings- och yrkesbanan. Det är nödvändigt att beakta hela familjen då hälsorådgivning planeras och genomförs eftersom då man vill uppnå ändring av barnets livsvanor bör ändringen gälla för hela familjen. Föräldrarnas roll betonas när barnet undersöks på barnrådgivningen och inom skolhälsovården, men finns med i bakgrunden även hos studerande. Hälsosamma livsvanor som man lärt sig tidigt har positiva effekter på individens och familjens välfärd och förebyggande av folksjukdomar. Hälsorådgivningen bör betona frågor och faktorer som är centrala med tanke på folkhälsan. Sådana frågor lyfts fram till exempel av nationella befolkningsundersökningar och utredningar (t.ex. FINRISKI, AVTK, Skolhälsoenkäten, i fortsättningen Hälsouppföljning av barn). (Stakes 2002, SHM 2004b.)

Hälsorådgivning ges utifrån mottagarens individuella behov och utvecklingsstadium. Hälsorådgivningen ska ske i samarbete med individen och familjen så att de kan tillämpa informationen i praktiken och ta ansvar för sin egen hälsa. Personliga hälsovanor, behov och resurser utreds på mottagningen och hembesök genom diskussioner, intervjuer och användning av standardiserade frågeenkäter (se 7 § och bilaga 2). För att hälsorådgivning ska stöda barnet, den unga personen och familjen i praktisk tillämpning av informationen, ska den ha anknytning till individens livssituation, vara tillräckligt konkret och möjligt att genomföra. Därför bör man fundera över hälsovanor och vid behov över möjliga alternativ för ändring av vanor tillsammans med barnet, den unga personen och familjen. Som bäst stöder hälsorådgivning

individen så att han/hon kan bedöma sitt eget och familjens hälsobeteende och på basis av det ställa upp som mål ändring av livsvanor om det finns behov av det (t.ex. bruk av alkohol). Med hälsorådgivning stöder individer att göra hälsofrämjande val och att lösa eventuella problem i anknytning till hälsan. Den yrkesutbildade personen för med sitt kunnande i situationen på ett sätt som inte kränker individens självbestämmanderätt. Rådgivningen ska alltid stöda barnets, den unga personens och familjens egna resurser.

Barn, unga och deras föräldrar vägleds i enlighet med ovan nämnda principer att ta ansvar för sin hälsa och hälsosamma livsvanor. Vid behov poängteras föräldrarnas ansvar för sitt barns hälsa. Samtidigt behöver man också betrakta hur barnets, den unga personens eller familjens omgivning möjliggör att de kan göra hälsosamma val. Hälsorådgivningen planeras tillsammans med barnet, den unga personen och familjen så att utmaningar gällande utvecklingen i varje åldersskede, individen hälsotillstånd, familjens välfärd, resurser, livssituation, kulturella bakgrund samt de förväntningar, behov och orosmoment som barnet och/eller familjen tagit upp beaktas. Samtidigt ska rådgivningens innehåll, konkreta mål, medel för att uppnå dem samt bedömning av uppnådda mål eller orsaker till att de förhindrats anges i skriftlig form. Olika intervjumetoder som har sitt ursprung i resurser eller motivering kan användas som hjälpmedel.

Hälsorådgivningen ska basera sig på dokumenterad information. I förslaget till lag om hälsa och sjukvård konstateras att hälsovårdens verksamhet bör iakttä medicinsk, odontologisk och hälsovetenskaplig praxis samt basera sig på bevisning och god vård- och rehabiliteringspraxis. Dessutom ska hälsovårdens verksamhet vara av god kvalitet och tryggt. (SHM 2008g.)

Med verksamhet som baserar sig på bevisning avses genomtänkt användning av den bästa tidsenliga information som är tillgänglig vid främjande och vård av klientens hälsa. Målet är att svara på behovet av vård genom att använda medel och metoder som konstaterats ha inverkan. Verksamhet som baserar sig på bevisning gör vården av klienter och praxisen inom verksamhetsenheter enhetligare samt ökar verksamhetens effektivitet och inverkan samt personalens kunnande. (Sacket et.al. 1996, Perälä 1999.) Information som baserar sig på bevisning är information som undersökts eller på som man på annat sätt försäkrat sig om. Forskningsrön finns i den mest användbara formen, dvs. som sammanfattningar i vårdrekommendationer och inom praxis som i praktiken visat sig fungera bra. Forskningsrön finns som sammanfattningar också i systematiska översikter och metaanalyser. Annan bekräftad information fås från statistik och register, jämförelse- och kvalitetsinformation som regelbundet samlats in samt experters konsensusuttalanden.

God medicinsk praxis-rekommendationer och rekommendationer för vård baserar sig på systematiskt insamlade kritiskt bedömda, bästa möjliga forskningsrön. Duodecims och specialläkarföreningars God medicinsk praxis-rekommendationer (www.kaypahoito.fi) och rekommendationer för

vård (www.hotus.fi) är nationella rekommendationer och fungerar som stöd i det praktiska arbetet och som bas när regionala vårdprogram utarbetas. Det är konkreta arbetsmedel som baserar sig på bevisning och med hjälp av dem förbättras kvaliteten av vården samt minskar skillnaderna i verksamheten. Med enhetlig praxis tryggas också rättvis verksamhet och jämlikhet i olika delar av landet mellan olika socioekonomiska grupper.

Enheten för utvärdering av metoder och praxis vid Institutet för hälsa och välfärd producerar information om metoder inom hälsovården. Information om metoderna inom hälsovården finns t.ex. i bedömningsundersökningar och systematiska litteraturoversikter (www.thl.fi). God praxis har utvecklats genom att strukturera och producera information om praxis som fungerat i praktiken eller lösningar som utvecklats för att åtgärda missförhållanden (www.hyvakaytanto.fi). Vid identifiering av god praxis används forskningsrön eller praktisk information som bedömts vara bra samt information om klienternas upplevelser. Att utarbeta praxis är en process i vilken olika faser såsom identifiering och begreppsbildning av praxisen, utvärdering av hur bra praxisen är i praktiken, sammanfattning och utspridning av praxisen.

Hälsosinformation och material om hälsorådgivning som uppfyller kvalitetskrav samlas gradvis centraliserat enligt ämnesområden och användargrupper i en portal med information för medborgare, Kansalaisen terveystietoportti (TerveSuomi.fi). År 2009 användes ännu en testversion. Yrkesutbildade personer inom hälsovården kan utnyttja portalens informationsresurser i sitt eget arbete med klienter. Materialet kan printas ut via internet och efter det kan den kopieras för lokal användning. TerveSuomi-portalen minskar lokalt, överlappande arbete och underlättar säkerställning av att materialet som delas ut är enhetligt, högklassigt och tidsenligt.

Vid producering och val av handledningsmaterial som fungerar som stöd för hälsorådgivning och distribueras ska följande kriterier beaktas:

- Materialet är tidsenligt.
- Materialet bygger på information som baserar sig på bevisning.
- Användarnas modersmål, mångfald och kultur beaktas.
- Materialet är neutralt.
- Materialet är tillgängligt för alla.
- Det får inte finnas hänvisningar till varumärken i samband med modersmålsersättningar i material om näring för spädbarn (även THL 2009a).

Det är skäl att behandla handledningsmaterialet tillsammans med klienten så att centrala frågor diskuteras och klienten har möjlighet att ställa frågor. Användning av olika kanaler (muntliga, skriftliga, elektroniska) och multi-professionellt samarbete intensifierar hälsorådgivning.

Hälsorådgivning kan ges individuellt, i grupp eller för en större gemenskap. I individuell hälsorådgivning betonas individens eget ansvar för sin häl-

sa samt bevarande hälsosamma livsvanor, god kondition och psykisk hälsa. Individuell hälsorådgivning ingår i alla hälsoundersökningar och andra personliga möten. Hälsorådgivning som ges individuellt innebär växelverkan där båda parterna påverkar diskussionens innehåll och omfattning. Hälsorådgivningen delas individuellt och ges i samband med hälsoundersökningar och vid behov ordnar man extra besök åt klienten. (SHM 2006b.)

Förutom individuell hälsorådgivning rekommenderas ordnande av **rådgivning i grupp**. Grupprådgivning lämpar sig för en begränsad grupp till exempel som stöd av handledning i livsvanor, familjeförberedelse och föräldraskap samt för rådgivning av personer i samma livssituation (t.ex. föräldrar till barn i lekåldern, pappa- och mammagrupper, ungdomar) (bl.a. Long et al. 2001, Fielden & Gallagher 2008). Med stöd av likställda avses socialt stöd som en likställd, dvs. en person som är i en likadan livssituation ger. Enligt många undersökningar ger gruppverksamhet möjligheten att dela erfarenheter med andra och möjliggör att stöd av likställda och nya sociala nätverk uppstår. (SHM 2004a.) Vid planering av grupprådgivning beaktas befolkningens önskemål, behov och utmaningar som ifrågavarande åldersskede och livssituation ställer. Enligt undersökningar får många nytta av stöd av likställda. Man har fått positiva resultat från till exempel pappagrupperns betydelse i att stödja pappor att växa in i faderskapet (Saneri 2006) och från viktkontrollgrupper i förebyggande av typ 2 diabetes (SHM 2008f). Ordande av gruppverksamhet lämpas sig väl för multiprofessionella nätverk, till exempel för familjenätverk som verkar bland barn, unga och barnfamiljer och i vilka kommunens olika förvaltningsområden samt bland annat församlingarnas och den tredje sektorns sakkunskap utnyttjas.

Det rekommenderas också att hälsorådgivning ordnas **för en större gemenskap**, till exempel inom hela kommunen eller inom gemenskaper på skolor och läroanstalter. Med rådgivning för en gemenskap kan man ge stöd åt att budskap från rådgivning för individer och grupper når fram. Främjande av hälsa är ett arbete som många har ansvar för i kommunerna och därför är samarbete och växelverkan mellan olika aktörer av stor betydelse för främjande av hälsa och rådgivning för större gemenskaper. I kommuner kan hälsorådgivning för en större gemenskap ordnas till exempel som stora kampanjer, på kommunens hemsida på internet eller via annan media. I skolor och läroanstalter kan hälsorådgivning för en större gemenskap ordnas med till exempel sociodrama, kampanjer och tävlingar som medel. Rådgivning genomförs planmässigt och så att den riktas till elever och deras vårdnadshavare. Barnets ålder samt barnens och ungdomarnas resurser och behov beaktas. Det rekommenderas att också elever och studerande kan delta i planering av hälsorådgivning för en större gemenskap som ordnas i skolor och läroanstalter. I skolorna och läroanstalterna är det ändamålsenligt att hälsorådgivningen och undervisningen av hälsokunskap kompletterar varandra, varför det är viktigt med samarbete när rådgivning planeras och genomförd. Det lönar sig att utnyttjaresultaten från skolhälsoenkäten.

Hälsorådgivningen ska stödja föräldrar i deras föräldraskap och parrelation samt främja familjens sociala stödnätverk. Med hälsorådgivning stöder man hela familjens hälsa och välfärd samt hjälper föräldrarna att växa in i föräldraskapet, förbereda sig inför familjelivet och förebygga och lösa eventuella problem i parförhållandet. Med socialt stödnätverk avses släktingar som finns nära familjen, vänner, grannar, hobbygrupper och myndigheter utav vilka familjen kan vid behov söka om stöd och hjälp. Enligt undersökningar främjar socialt stöd barnets, den unga personens och barnfamiljens hälsa (Cicchetti och Toth 2009). Utredning av barnets sociala nätverk skulle lämpa sig till exempel i samband med en omfattande hälsoundersökning, men det kan vara behövt att fråga om tillgängligt även på andra undersökningar.

Stöd av föräldrarna som ska växa in i föräldraskapet och av växelverkan mellan barnet och föräldern påbörjas redan under graviditeten (SHM 2007a). Barnets födelse är en stor ändring i alla familjemedlemmars liv, så det är bra att redan på rådgivningen förutse barnets födelse och diskutera dess verkan på parförhållandet och familjemedlemmarnas liv. Det är viktigt att diskutera med båda föräldrarna om vilken betydelse relationen mellan föräldrarna och en fungerande växelverkan har för barnets och hela familjens välfärd. Man har redan länge inom rådgivningsarbetet fäst uppmärksamhet vid stärkande av föräldraskapet och stödjande av papporna, men detta måste ännu utvecklas (Paavilainen 2003, SHM 2008b). Faderns stöd och aktiva närvaro har konstaterats främja barnets hälsosamma tillväxt och utveckling, minska pojkarnas beteendestörningar och stödja barnets kognitiva utveckling. (Sarkadi et al. 2008.)

Stödjande av föräldrarna och att de växer in i föräldraskapet, parförhållandet och familjen fortsätter efter barnets födelse på barnrådgivningen och inom skolhälsovården. I rådgivningen uppmärksammas hela familjen och familjens olika utvecklingsskeden, uppmärksamhet bör också fästas vid familjens barn och deras inbördes relationer. Föräldraskapets resurser påverkar barnets och hela familjens välfärd. För barnet är det viktigt att föräldrarnas parförhållande fungerar så bra att utvecklingsmiljön den erbjuder är trygg för barnet. Man ska ställa frågor åt föräldrarna om vård av barnet och föräldrarnas parrelation (Hawkins et al. 2008, Paavilainen & Flinck 2008). Som hjälp kan man använda metoderna parförhållandet som rollkarta och föräldraskapet som rollkarta samt enkäter om resurser. Barn- och mödrarådgivningen har goda möjligheter att stödja familjernas egen verksamhet för ökande av resurser. (Sarkadi et al., STM 2008b.) Till exempel ökande av information och medvetenhet, diskussioner om frågor i parförhållandet, att föra saker på tal och visa uppskattning är medel som stöder parförhållandet.

Det rekommenderas att familjen får förutom muntlig rådgivning även skriftligt material och information om instanser där eventuella problem kan behandlas närmare. Som stöd för hälsorådgivning som stöder föräldraskapet finns det information bland annat i Barnrådgivningshandboken (SHM 2005) och social- och hälsovårdsministeriets rapport om stödjande av faderskap på

mödra- och barnrådgivningen, 'Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa'. (SHM 2008b.)

Hälsorådgivningen ska också bidra till att främja individens och familjens hälsa inklusive mental hälsa samt psykosociala välbefinnande på åtminstone följande områden:

1) tillväxt samt psykosocial och fysisk utveckling

Hälsorådgivningen ska enligt åldersskedet och individuellt behov stödja främjande av barnets, den unga personens och hans/hennes familjs hälsa och psykosociala välbefinnande. Det diskuteras med föräldrarna och man ger dem information om barnets tillväxt och utveckling samt uppfostrings-sätt som främjar utvecklingen, vård och omsorg. Omsorg innehåller emotionellt stöd åt barnet, uppsikt över barnet samt att sätta gränser som skapar trygghet. Föräldrar som uppfostrar barn ska få information om betydelsen av självkänsla för barnet och att skillnader i temperament är av medfödd karaktär samt om förståelse för barnets olikhet. Det centrala är att förmedla förståeligt och konkret vad barnet behöver av föräldrarna för att må bra (t.ex. att hålla barnet i famnen, vänligt och respektfullt bemötande, aktivt lyssnande på barnets orosmoment och glädjeämnen och delande av glädje, vid behov tröstande, att göra saker gemensamt. Till behoven hör också att föräldern binder sig vid barnet och att barnet kan lita på dem samt kontinuitet). I hälsorådgivningen bör uppmärksammas barnens, ungdomarnas och familjernas utvecklingsskeden samt olika utvecklingsmiljöer. I Barnrådgivningshandboken (SHM 2005) har rådgivning gällande barnens tillväxt och utveckling behandlats närmare.

2) mänskliga relationer, vila och fritid, mediernas betydelse med tanke på hälsa och säkerhet, ergonomi, näring, motion, viktkontroll, munhälsa samt sexuell hälsa inklusive preventivmedel

Mänskliga relationer

Grunden för den mentala hälsan föds av erfarenheter att man accepteras och ingår i en gemenskap tillsammans med andra människor. Upplevelsen av att bli undan skuffad föder depression och utsätter för många psykiska problem. Människan utvecklas både till en egen personlighet och medlem inom den sociala gemenskapen genom de erfarenheter av mänskliga relationer som hon har i vardagen. Dessa relationer är den viktigaste delen av den påverkan från omgivningen som styr hur det individuella arvet kommer fram (Mäntymaa et al. 2003). Genom att påverka föräldrabeteendet kan man minska risken för att utveckla till exempel beteendestörningar och ångest, då det också finns ärftliga faktorer. (Mäkelä och Salo 2009.) Således är påverkan av praxis inom föräldraskapet det effektivaste förbyggande mentalvårdsarbetet (Lehtinen 2008).

Under hela barndomen och ungdomsåren kan vuxna som ansvarar för att vardagliga situationer slår väl ut (t.ex. dagvården, skolan, fritidsintressen)

stödja barnets hälsosamma utveckling till en harmonisk personlighet och en social medlem i gemenskapen. I dessa utvecklingsmiljöer påverkar man på ett betydande sätt barnets och den unga personens mentala hälsa som håller på att utvecklas och välbefinnande genom hur vuxna lever i förhållande till dem medan de utför sin grunduppgift. I varje utvecklingsskede är barnets eller den unga personens behov som riktar sig till vuxna annorlunda, men *i varje skede borde man svara på hans/hennes behov av individuellt stöd, uppmuntran och positiv respons. Barn och unga har ett stort behov av att bli sedda och uppskattade av vuxna precis som sådana de är.* För stora krav på att barnen ska klara sig själva är skadligt både för den psykiska och sannolikt också för den somatiska hälsan. (Lehtinen 2008.)

Föräldrarnas psykiska problem avspeglas ofta på parförhållandet, föräldraskapet, familjens sätt att fungera och genom dessa på barnets utveckling. Psykiska problem är sällan familjernas enda problem. Familjerna kan ha problem med missbruk, parförhållandet, ekonomin och marginalisering. När antalet riskfaktorer växer ökar också barnets risk att insjukna. Undersökningar visar att bakom barnens psykiska problem finns ofta föräldrarnas psykiska problem. Därför förebygger kartläggning av föräldrarnas situation och ett skickligt sätt att föra barnens risk att insjukna på tal då vuxnas problem behandlas till exempel genom att använda en metod för att diskutera barnen, Lapset puheeksi-metoden, barns och ungas psykiska problem.

Vila och fritid

I hälsorådgivningen borde man betona hurdan betydelse tillräcklig sömn, vila och fritid för hälsan och verksamhetsförmågan. Tillräckligt lång och god sömn är viktig i alla åldrar och hör till grundförutsättningar för livet. I ljuset av senare forskningsrön har man börjat förstå allt bättre sömnens och vilans betydelse för hälsan och verksamhetsförmågan. Sömnbrist påverkar starkt hormonverksamheten och det autonoma nervsystemet och genom dem hela kroppens välbefinnande (Saarenpää-Heikkilä 2004). Sömnlängden har ett samband med hjärt- och kärlsjukdomar, det metaboliska syndromet, diabetes och depression (Kronholm 2005). En stor del av skolbarnens sömnproblem kunde förebyggas. Att betydelsen av sömn tas mångsidigt upp i skolundervisningen, i synnerhet inom hälsokunskap, hjälper att höja barnens och ungdomarnas egen motivation i fråga om god sömn. (Saarenpää-Heikkilä 2009.)

Mediernas betydelse med tanke på hälsa och säkerhet

Förutom hemmet och boendemiljön, skolan och fritidsverksamheten som hör till det viktigaste miljöer där barn och unga utvecklas, har betydelsen av medierna och grupper av likställda ökat. Barnens och ungdomarnas utvecklings- och verksamhetsmiljöer ändras av att informationsteknologin möjliggör en konstant närvaro till exempel via mobiltelefon och internet. Digitala medier möjliggör nya former av påverkan, producering av information, delande av erfarenheter och förenande. (Kangas et al. 2008.)

Det är bra att aktivt ta upp informationsteknikens och mediernas fördelar och nackdelar i hälsorådgivningen. Som bäst inverkar medierna positivt och stöder ungdomars tillväxtprocess. Information är till exempel lätt tillgänglig på internet och den möjliggör informationssökning och lärande på egen hand. Barn och unga söker intressen, värderingar och tankar samt utvidgar sin vänskrets. Internet erbjuder möjlighet att få stöd av likställda, en alternativ kanal till behandling av känsliga eller svåra frågor antingen via bekanta på nätet eller med en pedagog. En ung person som enligt den närmaste kretsen verkar vara ensam kan leva ett mycket aktivt liv via nätverket på internet. Detta kan i första hand ses som en styrka som individen har, men det är viktigt att se till att den unga personen har tillräckligt med kontakter även i det "riktiga livet". (Kangas et al. 2008.) I medierna ingår också möjligheten till att förstärka negativa företeelser och intressen. Många saker som förekommer i medierna kan också oroa den unga personen och inge betänkligheter. (Kangas et al. 2008.)

Enligt rekommendationen i Barnrådgivningshandboken ska man ta upp användning av medierna med föräldrarna då barnet fyllt två år och diskutera det ur barnets synvinkel (SHM 2005). Ämnet förs på tal med barnet, den unga personen och hans/hennes föräldrar på senare undersökningar på rådgivningen och skol- och studerandehälsovården så att barnets och den unga personens ålder beaktas. I hälsorådgivningen uppmuntras föräldrarna att ta en aktiv roll och att ta ansvar för barnens och ungdomarnas användning av medier. Barn och unga lämnas hemma för ofta utan stöd bland olika medier. (Kangas et al. 2008.)

Ytterligare information om medier och hälsorådgivning i anknytning till dem finns till exempel i Barnrådgivningshandboken (SHK 2005), Utbildningsstyrelsens Turvanetti-internetsida och MLL:s internetsida om barn och medier, Lapset ja media, där det bland annat finns anvisningar för både barn och unga samt föräldrar och andra vuxna hur man tryggt använder internet. På Rädda Barnen rf:s internetsida finns Nettivihje som är en elektronisk barnskyddstjänst som fungerar på internet.

Ergonomi

På mödrarådgivningen utreds moderns yrke, arbetsuppgifter och tillgång till arbetshälsovård (Arbetshälsoinstitutet 2005). Om den gravida kvinnan inte har tillgång till arbetshälsovård eller inte har möjlighet att få hälsorådgivning i anknytning till graviditeten från arbetshälsovården, ska skadliga faktorer i arbetet utredas enligt handboken som Arbetshälsoinstitutet har gett ut (Taskinen et al 2006). På mottagningen och i samband med hembesöket ges handledning och rådgivning om tryggt hemarbete och hur den fysiska bördan ska balanseras (skötsel av hemmet, lyftande, bärande, sittande). I föräldraförberedelsen ges råd om trygga och hälsosamma sätt att sköta barnet, berättas om rekommenderade säkerhetsanordningar i trafiken, typiska situationer som orsakar fysisk överbelastning (beroende på arbetet) samt om olyckor och första hjälpen. Dessutom ges råd om bättre sammanjämkning av

arbetet och familjelivet, främjande av psykiskt välbefinnande och förebyggande av våld.

På barnrådgivningen och i skolhälsovården instrueras familjerna att uppmärksamma tryggheten i barnens hem- och närmiljö, användningen av säkerhetsanordningar, behärskande av första hjälpen-kunskaper och eventuella farliga platser såsom förvaring av kemikalier, elsäkerhet, risken för barnet att ramla, halka, drunkna samt tryggheten när barnet rör på sig och på lekplatser. Barn och unga instrueras att identifiera hurdan betydelse bra arbetsställningar har för det egna välbefinnandet och inläringen i olika situationer (sittande, stående, arbete vid datorn och annat arbete). Familjen ska få råd om hur man beaktar barnens tillväxt och utveckling vid användning av datorer (bl.a. placeringen av datorn, proportionerna vid arbetsytan, att arbetsstolen passar, användningstid, social interaktion). I den ergonomiska handledning av skolbarn kan man tillämpa anvisningar om informationsarbete (Arbetshälsoinstitutet/Informationsarbete). Särskilt ska man fästa uppmärksamhet vid förebyggande av psykisk eller fysisk belastning som är skadlig för hälsan (sömn-vaka och årsrytm, pauser, socialt stöd, motion och förmågan att slappna av). I rådgivningen betonas igenkännande av faror i olika situationer och bedömning av risker, föräldrarnas eget, enhetligt exempel samt renhetens och ordningens betydelse för hälsan. (THL 2009c, Rimpelä et al. 2007.)

Inom studerandehälsovården efterföljs särskilt för arbetspraktikens del normer som beskrivs i arbetarskyddslagen (738/2002) och lagen om företagshälsovård (1383/2001). Studeranden ska inom hälsorådgivningen få anvisningar om grunder för arbetarskyddet. Studeranden ska få råd hur faror kan identifieras och risker bedömas och kontrolleras. Rådgivningen ska betona studerandens egen verksamhet för att förebygga fysisk och psykisk överbelastning, sambandet mellan användning av rusmedel och hälsan och tryggheten samt kostens och motionens betydelse för välfärden. Studeranden ska få information om yrkesrelaterade risker gällande studie- och arbetspraktikplatsen och om möjligheter att förebygga dessa samt om aktuella rekommendationer gällande ergonomin. I handledningen av ergonomin tillämpas ovan nämnda anvisningar som gäller även för skolbarn om informationsarbete och förebyggande av psykisk eller fysiska belastning som är skadlig för hälsan.

Näring

Intensifierad och tidig näringsrådgivning som ges när familjen är klient på rådgivningen och uppföljning har haft god inverkan på barns viktutveckling och på hurdana matvanor familjen lägger sig till med. Näringsrådgivning stöder hälsosamma livsvanor, främjar hälsan och förebygger sjukdomar. Näringsrådgivning som ges åt gravida kvinnor förbättrar kostens kvalitet (Kinnunen 2009, Piirainen et al. 2006) och rådgivningen kan göra det lättare att återfå normalvikten efter graviditeten (Kinnunen 2009). Med hjälp av

näringsrådgivning kan man även kostnadseffektivt minska förekomsten av övervikt (SHM 2008f).

Rådgivningsbyråerna har en plikt att ge näringsrådgivning med stöd av EU-direktivet om modersmjölkersättning och tillskottsnäring (2006/141/EG). Direktivet förutsätter att "objektiv och entydig information lämnas om uppfödning av spädbarn och småbarn till familjer och alla som sysslar med frågor som rör uppfödning av spädbarn och småbarn, och medlemsstaterna skall därvid övervaka planering, framställning, utformning och spridning och kontroll av informationsmaterial på detta område".

Det är viktigt att stödja amning också för att amning medför ett skydd mot senare övervikt (se Arez et al. 2004, även THL 2009a) och kroniska sjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdomar.

Det finns problem i barns och ungas kost. I Finland äter redan barn under skolåldern för mycket socker, mättat fett och salt samt för lite grönsaker, frukt och fisk. Onyttiga livsmedel används särskilt i hemmet. (Kyttälä et al. 2008.) Samma problem gäller för ungdomars kost. Hemma kan tillgången till nyttiga livsmedel vara bristfällig, till exempel i mindre än hälften av hem bjuds dagligen grönsaker (Hoppu et al. 2008). Småbarnsföräldrar behöver också information om användning av D-vitaminpreparat eftersom den mängd D-vitamin som fås från kosten och ombildningen av solens strålar till D-vitamin är otillräckliga i Finland. D-vitamin behövs för tillväxten och utvecklingen av skelettet. Brist på D-vitamin orsakar störningar i tillväxten och utvecklingen, trötthet, infektionskänslighet och som svårast räkitis. I Finland upptäcks årligen fall av räkitis då användning av D-vitamin har försumats (Hasunen et al. 2004). I senare ålder utsätter brist på D-vitamin för osteoporos.

Med näringsrådgivning kan man ändra beteende och få positiva ändringar till stånd i barnens och ungas samt i hela familjens hälsa. I Åbo genomfördes en Strip-baby-uppföljningsundersökning där man utredde hurdan inverkan näringsrådgivning som riktades till familjerna hade på småbarns kost och hälsa. Hos familjer som fick näringsrådgivning var mängden och kvaliteten av fett bättre, barnens kolesterolnivå i serum lägre, insulinkänsligheten bättre och övervikt sällsyntare än i jämförelsegruppen. Enligt ultraljudundersökningar påverkade interventionen positivt även det inre skiktet i kärlen (<http://stripstudy.utu.fi>; Lagström 2008).

Den ovan nämnda KTL:s undersökning på högstadiet visar att genom att påverka ungdomars levnadsmiljö samt föräldrarnas och ungdomarnas kunskaper och attityder bland annat med rådgivning kan man stödja ungdomars kost. I interventionsskolorna minskades bland annat tillgången på socker, användning av rågbröd ökade och skollunchen hade enligt ungdomarnas erfarenheter en positiv verkan på deras välbefinnande.

Multiprofessionellt, långsiktigt samarbete med dagvården, skolan, läroanstalter och organisationer för att lära nya hälsofrämjande kost- och motionsvanor är viktigt. Hälsofrämjande matvanor är en väsentlig del av förebyggande hälsovård i fråga om viktkontroll, förebyggande av undervikt,

blodtrycksnivån, blodets fettvärden, tillräcklig tillgång på vitaminer, mineraler och spårämnen samt munhälsan.

Nationella rekommendationer ska utgöra grunden för innehållet i näringsrådgivningen: Finska näringsrekommendationer och Rekommendationer för skolmat (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005 och 2008), Lapsi, perhe ja ruoka (Hasunen et al. 2004), Statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna för motion och kost som främjar hälsa (SHM 2008:10). I rådgivningen kan man också utnyttja material ur projektet Neuvokas perhe som drivs av Finlands hjärtförbund och lämpar sig för uppföljning av livsvanor (www.sydanliitto.fi) och verktygen i Painokas-projektet (www.painokas.fi).

Utmaningar för näringsrådgivning är praktiskhet och beaktande av klientens behov och kunskaper. Förutom information behövs praktiska kunskaper för tillämpning av informationen då maten köps, tillagas och äts. Måltiderna är också viktiga stunder för interaktion och som bäst främjar de familjens samhörighet, inläring av kultur och seder samt det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet. I Finland har man färre gemensamma måltider än i något annat OECD-land (Unicef 2006), endast 60 % av alla 15-åringar äter flera gånger i veckan tillsammans med sina föräldrar.

Förutsättningen för lyckad näringsrådgivning är kunnande och motive-rad personal. Samarbete med experter av näringsrådgivning som en del av multiprofessionellt samarbete är viktigt vid planering och genomförande av näringsrådgivning. Kunnande inom näringsrådgivning behövs allt mer inom rådgivnings- och skolhälsovården. Rådgivningsbyråernas personal upplever att näringsrådgivning är viktigt, men man anser att det kräver goda baskunskaper, förmåga att ge råd samt förstärkande av kompletteringsutbildning och samarbete mellan olika yrkesgrupper (Ilmonen et al. 2007).

Motion

Det finns mycket forskningsresultat om motionens betydelse i människans alla livsskeden. I barndomen och ungdomen stöder motion den hälsosamma tillväxten och utvecklingen samt den fysiska konditionen. Motion har en central roll i förebyggande, vård och rehabilitering av flera folksjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2 diabetes, lungsjukdomar, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen samt psykiska problem, vid behov kombineras motion med andra ändringar i livsvanor och annan vård. (God medicinsk praxis 9.10.2008.) Motion har en positiv inverkan på förebyggande av osteoporos och även på psykiskt välbefinnande (Fogelholm & Vuori 2005).

I hälsorådgivningen behövs individuell handledning för familjer, barn och unga. Målet är att barn och unga hittar sätt att motionera som intresserar dem och lär sig ett fysiskt aktivt levnadssätt. Ett fysiskt aktivt levnadssätt som tillägnas tidigt har positiv inverkan på hälsotillståndet och livskvaliteten senare i livet. Barnets vanor utvecklas som en del av familjens vanor. En bra kondition är förutsättningen för ett hälsosamt och aktivt liv. Det är också bra att ta upp risker förknippade med motion såsom belastningsskador och olyckor.

Motionsrådgivningen ska grundas på nationella rekommendationer, såsom God medicinsk praxis-rekommendationen om motion (Käypä hoito 9.10.2008), Motionsrekommendationer för förskoleverksamheten (Social- och hälsovårdsministeriet et al. 2005), Rekommendation om skolbarns fysiska aktivitet (Undervisningsministeriet och Nuori Suomi 2008) samt Statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna för motion och kost som främjar hälsa (SHM 2008:10). UKK-institutet har utvecklat en motionskaka för att beskriva rekommendationer för hälsomotion, motionskakan har uppdaterats 2009 för att motsvara den nya rekommendationen för vuxnas (18-64 år) hälsomotion.

Viktkontroll

Ökning av övervikt och fetma är ett allvarligt folkhälsomässigt problem även bland barn och unga. Övervikt kan öka avsevärt risken för diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt sjukdomar i stöd- och rörelseorganen. I synnerhet övervikt som börjar redan i barndomen och fortsätter hela livet är en riskfaktor för uppkomsten av metaboliskt syndrom och typ 2 diabetes (Folkhälsoinstitutet 2008). Barn till överviktiga föräldrar har en ökad risk att bli överviktiga både i barndomen och senare som vuxna (Laitinen et al. 2001, Eriksson et al. 2001), vilket beror på både ärftliga och yttre faktorer såsom livsvanor (Pietiläinen et al. 2007). Det är skäl att utreda risken för typ 2 diabetes om det finns hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt eller typ 2 diabetes i en överviktig barns eller ung persons familj eller hos nära släktingar. Som hjälp kan man använda till exempel Diabetesförbundets risktest för unga (www.diabetes.fi/nuoret).

Då övervikt bland barn och unga ökar bör man för effektivisering av hälsorådgivning öka praktisk och långsiktig handledning samt upptäcka riskfamiljerna. Man bör aktivt ingripa i barns och ungas övervikt på rådgivningsbyråer och inom skol- och studerandehälsovården enligt God medicinsk praxis-rekommendationen om övervikt hos barn (även Folkhälsoinstitutet 2008). Åtgärder som förebygger övervikt hos barn bör genomföras på många nivåer i kommunerna och i långsiktigt samarbete mellan olika aktörer. Samarbete görs med dagvården, skolan, läroanstalter och organisationer för inlärnin g av hälsofrämjande kost- och motionsvanor. (Käypä hoito 1.8.2005.)

I hälsorådgivningen kan man utnyttja till exempel verktyg för att föra saker på tal som Åbo social- och hälsoväsande utvecklade i ramen för Painokas-projektet (www.painokas.fi). Materialet från Painokas-projektet har planerats för hälsovårdare för att stödja barnets normala tillväxt och minska risken för övervikt och hälsoproblem som det kan orsaka. Förutom hälsovårdare lämpar sig verktygen för andra professionella som ger rådgivning om livsvanor såsom läkare och yrkesutbildade personer som ger närings- och motionsrådgivning. Handledning av hela familjen och dess livsvanor innehåller förutom kost och motion även dagsrytm och sömn samt bedömning av familjens resurser tillsammans med familjen. Verktygen gör det lättare att föra olika saker på tal samt främjar att familjen får egna aha-upplevelser

och binder sig vid ändring av livsvanor. Enligt de preliminära resultaten från undersökningen om projektets inverkan konstaterades det att familjernas livsvanor hade ändrats i en hälsosammare riktning. (Ketola et.al. 2009).

Munhälsa

I hälsorådgivning för familjer som väntar barn får föräldrarna information hur det med sitt eget beteende kan hålla barnets mun frisk. Graviditeten är en gynnsam tid att få information om upprätthållande av det kommande barnets hälsa. I detta skede kan man fästa uppmärksamhet vid hurdan betydelse vården av föräldrarnas munhälsa har och vid behov hänvisa föräldrarna till tandvård. Enligt undersökningar har föräldrarnas dåliga vanor av tandrengöring och karies samband med karies hos barnet. Munhälsorådgivning som ges åt föräldrar som väntar barn innehåller råd för både vård av föräldrarnas mun- och tandhälsa och för det kommande barnets första år. I rådgivningen ingår till exempel: vård av föräldrarnas munhälsa, föräldrarna som exempel för familjen i fråga om upprätthållande av munhälsa, förhindrande av överföring av munbakterier från vuxnas saliv till barnet, hur sugande påverkar utvecklingen av barnets tuggorgan, barnets kost med tanke på munhälsan. Föräldrar som väntar sitt första barn lägger grunden för hela familjens utvecklingsgång. Det första barnet i familjen fungerar som modell och exempel för sina syskon, även oavsiktligt. Det är också känt att vanor och seder i fråga om munhygien såsom tandborstning och användning av sötsaker är rätt så bestående. Därför är det bäst att påverka familjens vanor genast i början av familjelivet.

Barnens vanor när det gäller tandborstning och munvård har en stark anknytning till föräldrarnas tandborstningsvanor. Barn ska redan när de första tänderna kommer fram vänjas vid att tänderna borstas morgon och kväll. Tänder som håller på att bryta eller har nyligen brutit fram är speciellt utsatta för karies eftersom saliven slutligen mineraliserar tänderna efter att de kommit fram. Kariesrisken för tänder som håller på att bryta fram ökas på grund av att nya tänders tuggytor har gynnsamma förhållanden för utveckling av bakteriebeläggning. Därför är det viktigt att tuggytan på tänder som håller på att komma fram borstas två gånger om dagen med fluortandkräm. Effektiv rengöring av tänder som håller på att bryta fram kräver särskilda kunskaper som ska läras i samband med återkommande eller andra undersökningar av mun- och tandhälsan. Dessutom är det viktigt att i synnerhet då tänder kommer fram undvika småätande mellan måltiderna och att släcka törsten med vatten.

Man borde göra en personlig plan för främjande av mun- och tandhälsa för varje barn tillsammans med familjen. Munhälsokort kan användas som hjälp vid uppföljning av att målen uppnås. På kortet skrivs för varje år målsättningar som man kommit överens om tillsammans. Det huvudsakliga målet för hälsorådgivningen är att bevara barnets munhälsa samt att stoppa utvecklingen av eventuell karies och tandköttinflammation. Delmål är tidig inläring av tandvårdsrutiner och att de ska bli en naturlig del av var-

dagsrutinerna, att familjen ska få en positiv inställning till tandvård och att öppna för barnet en kanal till användning av tandvårdstjänster.

Hälsovårdaren och läkaren på barnrådgivningen och skolhälsovården möter regelbundet barnen och deras familjer då de har möjligheten att ge information som främjar munhälsan och säkra god utveckling av barnets munhälsa.

Till skolbarns problematiska matvanor hör småätande. Det behövs hälso- och sjukvård för att stödja individers och gruppers ändringar av livsvanor och inläring av nya vanor som främjar munhälsan (Kasila 2007). Information om rökning som ges av personalen inom munhälsovården och hälsovårdaren har inverkan på rökstopp bland ungdomar. Personalen inom munhälsovården borde utnyttjas mer då program som förebygger rökning utvecklas.

Sexuell hälsa inklusive förebyggande av graviditet

Den sexuella hälsan grundar sig på fysiskt, emotionellt, psykiskt och socialt välbefinnande. Centralt vid upprätthållande av den sexuella hälsan är en ansvarsfull sexualitet som respekterar andra och saklig information om faktorer som påverkar sexualiteten. En omgivning där alla har rätt att bestämma över sin egen sexualitet ger en bra utgångspunkt för upprätthållande av den sexuella hälsan.

Främjande av den sexuella hälsan är en viktig del av alla tjänster inom den förebyggande hälsovården. Det effektiviseras även inom primärvården enligt social- och hälsovårdsministeriets verksamhetsprogram för främjande av sexuell hälsa och fortplantningshälsa (SHM 2007a). I programmet dras upp linjer för arbete som främjar sexuell hälsa och fortplantningshälsa, ledning av det, servicestrukturen, förfaringssätt och utveckling av kunnandet. Även barnrådgivningshandboken och handböckerna för skol- och studerandehälsovården innehåller rekommendationer för främjande av den sexuella hälsan. Det är behövligt att koordinera främjande av den sexuella hälsan med undervisningen av hälsokunskap på skolor eller andra läroanstalter. Centrala innehållsområden är bland annat positivt främjande av sexualitet i barndomen, ungdomen och parförhållandet, stödjande av utveckling av den sexuella och könsliga identiteten, förebyggande av könssjukdomar och oönskade graviditeter samt förebyggande och tidig identifiering av sexuellt våld.

Det är fortfarande svårt för många yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att föra frågor om sexualitet på tal. Det är viktigt att skaffa kompletterande utbildning samt att ordna lokal och regional arbetshandledning och konsultation för att stärka yrkeskompetensen. Många organisationer erbjuder medborgarna nationellt internet- och telefonrådgivning och konsultationshjälp för yrkesutbildade personer samt ordnar utbildning.

3) Förebyggande av våld i nära relationer och parförhållanden, olyckor och användning av alkohol och andra droger

Förebyggande av våld i nära relationer och parförhållanden, barnaga i uppfostrande syfte medräknad

Identifiering av våld i nära relationer och parförhållanden förutsätter verksamhet inom alla tjänster inom vilka det finns möjligheter att identifiera och ingripa i risker för och problem med våld. Mödra- och barnrådgivningsbyråer samt skol- och studerandehälsovården har en viktig uppgift även inom attitydfostran. Vid möten av individer och familjer är det centralt att påverka attityder gällande våld (Perttu 2004).

Våld i parförhållanden hotar barnets tillväxt och utveckling. Därför är det också rådgivningsbyråernas uppgift att ställa frågor om och föra på tal våld i nära relationer och parförhållanden. Att ställa frågor om våld ska vara ett systematiskt arbetssätt på rådgivningsbyråer och föräldrarna ska få information om hur våld påverkar barnen. Det är viktigt att frågor gällande våld i parförhållanden behandlas även i familjeförberedelsen. (Perttu 2004, Paavilainen & Flinck 2008.) Det har konstaterats att behandling av frågan i sådant sammanhang har stor inverkan (WHO 2007). Det finns ett formulär för att urskilja våld i parförhållanden på mödra- och barnrådgivningen som bilaga i barnrådgivningshandboken (SHM 2005).

Problem med droger ökar risken både för utövande av våld och för att bli våldsoffer samt för att utövandet av våld förlängs och drivs till sin spets. Att upprepat råka ut för våld har å sin sida konstaterats öka risken för okontrollerat bruk av alkohol och andra droger. (SHM 2007b.) Ytterligare information för stöd av rådgivningen fås till exempel i social- och hälsovårdsministeriets handböcker: Våld mot kvinnor i parrelationer och sållning därav vid rådgivningsbyrån för mödra- och barnavård (SHM 2004e), Hela familjen i en ond cirkel. Våld i närrelationer och alkohol (SHM 2007), Vem angår våldet? Kommunens handbok om förebyggande av våld i par- och närrelationer (SHM 2005a), Identifiera, trygga och agera. Till social- och hälsovården för ledning av den lokala och regionala verksamheten (SHM 2008d).

Personal som arbetar inom hälso- och sjukvården eller med barn bör i sitt arbete beakta möjligheten att barn behandlas illa, skakning av spädbarn medräknad. Det har getts ut en nationell rekommendation för identifiering av illabehandlande av barn, ingripande i och lösning av problemet (Paavilainen & Flinck 2008, www.hotus.fi), som är avsedd som en nationell anvisning och ska användas i det praktiska hälsovårdsarbetet. En arbetsgrupp vid social- och hälsovårdsministeriet förbereder till och med början av år 2010 förslag till verksamhetsåtgärder för förebyggande och minskande av barnaga i uppfostrande syfte. Rådgivningsbyråer delar ut broschyren Behandlas var-samt!- till föräldrar som fått sitt första barn.

Inom skol- och studerandehälsovården bör man verka aktivt för att förebygga våld och mobbning och identifiera våldsoffer och våldsutövare. Det betyder ett starkt ingripande i mobbning både i skolor och i studiemiljöer. (Se även hälsorådgivning som riktas sig till elever och studerande 15 §

och Stakes 2002, SHM 2006b). Även på barnrådgivningen finns det skäl att uppmärksamma eventuell mobbning på daghemmet. Dessutom bör man beakta och föra på tal eventuellt våld mot barn och unga i hemmet. I fråga om unga bör man också uppmärksamma eventuellt våld i parförhållanden och särskilt de olika formerna av sexuellt våld.

Förebyggande av olyckor i hemmet och på fritiden

Olyckor är ett viktigt folkhälsomässigt problem också i Finland. Olyckor täcker en tredjedel av dödsfallen bland barn och unga (1–24-åringar), bland 15–19-åriga pojkar till och med nästan hälften (jfr bland befolkningen i arbetsålder knappt en sjättedel), så det är således fråga om en betydande enskilda dödsorsak i denna åldersgrupp (även Kumpula et al. 2006). Förebyggande av olyckor är ett centralt medel för främjande av barns och ungas hälsa. Olyckor bland småbarn sker ofta i hemmiljön men med åldern blir olyckor på fritiden (idrott) och i trafiken vanligare. Särskilda utmaningar är drunkning, kvävning, förgiftning (bl.a. på grund av läkemedel) och brännskador hos barn under skolåldern (Koskinen 2007). Bland skolelever och studerande är motsvarande utmaningar förgiftningar på grund av berusningsmedel (inklusive läkemedel) och alkohol, drunkning och idrottsskador. Att förebygga trafikolyckor samt att man faller eller ramlar är viktigt i alla åldersklasser. Kampanjen mot hemolyckor har producerat för föräldrar checklistor för barnens trygghet (*Turvallisuutta lapsille*-listor) för att stödja förebyggande av olyckor hos barn under skolåldern.

Arbete som förebygger olyckor ska utföras enligt ålders- och utvecklingsskedet så att typiska uppväxtmiljöer för varje åldersskede uppmärksammas. Centrala risker för olyckor och sätt att förebygga dem, såsom ändringar i den fysiska miljön, god vårdpraxis och rekommenderade säkerhetsanordningar borde diskuteras under hälsorådgivningen. Även vikten av att behärska och skaffa sig första hjälpen-kunskaper borde betonas. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid småbarnsföräldrars kunskaper, färdigheter och attityder. Attityder och beteende hos föräldrar till nyfödda och småbarn kan påverkas med säkerhetsuppfostran eftersom föräldrar i detta livsskede är som mest mottagliga (Lund och Aarø 2004). Barnens attityder och motiv till säkerhet formas vid 0–12 års ålder. Ju yngre barn desto viktigare är fostrarnas och omgivningens exempel. Enligt undersökningar minskar risken för olyckor hos barn om förebyggande av olyckor behandlas mångsidigt under rådgivning för föräldrarna och på hembesöken (Kendrick et al. 2009). Vid rådgivning för unga och deras föräldrar i syfte att förebygga olyckor bör uppmärksammas att den unga personens förmåga att fungera tryggt kan vara bra, men motivation kan saknas. Det är av central betydelse att kontroll av riskbeteende som leder till olyckor (användning av alkohol och narkotika) tas med i förebyggande av olyckor bland unga (Kumpula och Paavola 2008). Dessutom finns det skäl att komma ihåg olycksrisker i samband med idrott för barn och unga.

Institutet för hälsa och välfärd gjorde år 2009 ett nationellt program för att förebygga olycksfall bland barn och unga (Institutet för hälsa och välfärd 2009d). Programmet definierar mål och förslag till verksamhetsåtgärder på olika arenor för förebyggande och minskande av personskador som hotar 0–24-åringars hälsa och trygghet bl.a. i hemmen, inom rådgivningsarbetet samt i skolor och andra läroanstalter. Information om hur genomförandet av programmet framskrider förmedlas på Institutet för hälsa och välfärds olycksfallsportal (www.thl.fi/tapaturmat).

Förebyggande av användning av tobak, alkohol och andra droger

Forskningsrön om *rökningens* skadlighet för barnet under graviditeten och amningen är obestridda. Rökning under graviditeten och utsättning för tobaksrök hämmar fostertillväxten och sänker födelsevikten (Mitchell et al. 2002). Fortfarande röker man i cirka 20 % av hemmen i Finland (Helakorpi et al. 2007). Passiv rökning är särskilt skadligt för barn och långvarig utsättning för tobaksrök är en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar och lungcancer (Taylor et al. 1992, Tredaniel et al. 1994). Utsättning under foster- och uppväxttiden utgör en risk också för psykiska störningar och problembe- teende (Hofhuis et al. 2003). Rökning är en riskfaktor för många olika sjuk- domar och det är känt att rökning förkortar den förväntade livslängden med flera år (Vartiainen 2005). Rökning fördubblar risken att få hjärninfarkt, or- sakar sjukdomar i andningsorganen såsom kroniskt obstruktiv lungsjukdom och risken för lungcancer har bedömts ökar med 20–40 %. (God medicinsk praxis-rekommendation Hjärninfarkt 2006, God medicinsk praxis-rekom- mendation Rökning, nikotinberoende och avvänjning 2006).

Rökning bland gravida mödrar har i Finland under cirka 20 år varit på samma nivå på 15 %, när den under samma tid har i Sverige sjunkit till 8 % och i Danmark från 30 % till 13 % (Stakes 2007b). Rökning inleds i genomsnitt vid 14-års ålder i Finland (Paavola et al.). Föräldrarnas, sys- konens och nära vänners sökning förutspår starkt att barnet senare börjar röka. Dessutom är barnets dåliga skolframgång en riskfaktor som förutspår senare rökning (Pennanen et al.). Rökning i ungdomen är förutom en en- skild, betydande faktor som skadar hälsan också en indikator för risken att bli marginaliserad. Rökning verkar allt oftare höra ihop med svag socioeko- nomisk ställning och förekomst av psykiska symptom. Den sannolika risken att lida av svår depression hos finländska 15–19-åriga ungdomar som rökte dagligen konstaterades vara fem gånger så stor som bland andra ungdomar (Haarasilta et al. 2004). Regeringen har 2.10.2009 gett en proposition till riksdagen om ändring av lagen om åtgärder för inskränkande av tobaksrök- ning så att rökning ska vara förbjuden i privatbilar när det finns barn i bilen (RP 180/2009).

Hälsorådgivning vars syfte är att förebygga att barn och unga börjar röka samt att minska rökning och underlätta rökstopp ska ingå i förebyggande tjänster för familjer som väntar barn, barn under och över skolåldern och studerande. Det är särskilt viktigt att sträva efter att påverka både föräldrar-

nas rökning och deras attityder till rökning. Negativ inställning till barnens rökning och att ställa rökförbud hemma minskar risken att ungdomar provar rökning och börjar röka regelbundet oberoende av om föräldrarna själv röker eller inte (Rainio & Rimpelä 2008). I samband med hälsorådgivning borde alla 12-åringar tillfrågas om rökning. Om den bästa vännen röker är det sju gånger svårare för den unga personen att sluta röka jämfört med att den bästa vännen är rökfri. (Heikkinen et al. 2009.)

Eftersom rökstopp är en lång och ofta svår process bör hälsovårdspersonalen som ger hälsorådgivning om avvänjning från tobak ha tidsenlig information om avvänjning. Här behövs ofta extra utbildning. Om det på hälsovårdscentralen finns en hälsovårdare som specialiserat sig på avvänjning kan han eller hon ge rådgivning om avvänjning för till exempel gravida kvinnor eller kvinnor som planerar graviditet. Eftersom en del ungdomar fortfarande provar rökning och en del börjar röka regelbundet ska man även fästa uppmärksamhet vid tobaksavvänjning för unga. Personalen inom skol- och studerandehälsovården ska vara insatta i tobaksavvänjning för unga och aktivt uppmana unga att sluta röka i ett så tidigt skede som möjligt (God medicinsk praxis-rekommendation Rökning, nikotinberoende och avvänjning 2006). Det har publicerats en god medicinsk praxis-rekommendation om hälsorådgivning som är inriktad på rökstopp och i den ingår en modell (modell 6K) som det lönar sig att använda som stöd för både vuxna och unga som vill sluta röka. Det finns endast lite bevisning om medicinsk behandling eller substitutionsbehandling som stöd för unga som vill sluta röka, men sådan behandling kan behövas som stöd för unga som är beroende av tobak för att underlätta abstinensbesvär förutom annan handledning (Ollila et al. 2008).

Förebyggande av användning av alkohol och andra droger, intensifiering av tidigt ingripande och minskning av riskanvändning av alkoholdrycker är centrala mål för folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, det nationella utvecklingsprogrammet för social och hälsovården (Kaste) samt det nya alkoholprogrammet 2008-2011 (Stakes 2008). Hälsovårdarnas och läkarnas kontakter med barnfamiljer och ungdomar inom förebyggande hälsotjänster erbjuder möjligheten till tidigt ingripande i för stort *bruk av alkohol*, dvs. miniintervention. I miniinterventionen ingår att diskutera bruk av alkohol, identifiera storförbrukare, ge information om alkohol, lyssna och motivera samt ställa upp personliga mål och följa upp.

På rådgivningen och inom skolhälsovården finns det skäl att diskutera bruket av alkohol och andra droger med föräldrarna i synnerhet med perspektivet på familjens och barnens välfärd. Det finns ett samband mellan föräldrarnas bruk av alkohol och narkotika och en större risk för försummelse av den fysiska och emotionella vården av barnet samt annan illabehandling. (God medicinsk praxis 24.3.2005.) Bruket av alkohol och narkotika, i synnerhet alkohol, under graviditeten är den största enskilda orsaken till utvecklingsstörningar bland foster (SHM 2009d). Antalet foster som skadats av alkohol och de barn som lever i familjer med alkoholproblem har vuxit. Enligt de senaste uppskattningarna är cirka 6 % av de finländska

kvinnorna storförbrukare av alkohol. Bruket av alkohol och narkotika och i synnerhet alkohol ska tas upp med alla klienter på mödra- och barnrådgivningen. (SHM 2009d.) De gravida kvinnornas bruk av alkohol ska utredas med Audit-testet redan under det första besöket på hälsovårdscentralen och vid behov även regelbundet vid andra besök. Även makens bruk av alkohol ska utredas. Målet är att upptäcka redan i tidigt skede storförbrukare av alkohol och de som har alkoholproblem samt att ge båda föräldrarna tidsegen information (miniintervention). Bruket av Audit-testet bör ökas på både mödra- och barnrådgivningen. Enligt den senaste hälsocentralsenkäten används testet på 75 % av mödrarådgivningarna och under 50 % av barnrådgivningarna (Rimpelä et al. 2009.)

På mödra- och barnrådgivningen ska information delas ut om hur barn upplever föräldrarnas bruk av alkohol och vilka skador det kan orsaka barnen. Föräldrarnas oöverlagda bruk av alkohol kan vara skadligt för barnen även då det inte är fråga om egentlig storkonsumtion av alkohol. Exemplet som föräldrarna ger om alkoholkonsumtion kan påverka barnets senare bruk av alkohol (Seljamo et al. 2006). Föräldrarnas alkoholkonsumtion ska föras på tal och bedömas vid den första eller andra återkommande hälsoundersökningen samt vid alla omfattande hälsoundersökningar som en del av bedömningen av hela familjens välfärd. Föräldrarna får stöd i att avstå från alkohol och narkotika och vid behov uppmanas det att hålla alkoholdagbok med vilken man kan följa alkoholkonsumtionen. Behovet av särskilt stöd identifieras så tidigt som möjligt på rådgivningen, familjen erbjuds extra besök, en familjearbetare eller hemhjälp ordnas till hemmet och vid behov hänvisas familjen till fortsatt vård. (SHM 2009d.)

Alla delar i Audit-testet som utvecklats för vuxna lämpar sig inte för ungdomar. Verktöget för bedömning av missbruk hos ungdomar (Adsume) och modellen för tidigt ingripande har utvecklats för skol- och studerandehälsovården (se SHM 2006b, bilaga 17 i handboken). Adsume rekommenderas för skolhälsovården på hälsoundersökningar för elever i 8:e och 9:e klassen och för studerande under 18 år som hör till studerandehälsovården.

4) Vaccineringar enligt det nationella vaccinationsprogrammet och förebyggande av infektioner

För att bevara en god *vaccinationstäckning* behövs kontinuerlig information om vaccineringar och deras effekter. Trots att befolkningen i Finland i allmänhet har en positiv inställning till vaccineringar är det inte självklart att ta frivilliga vaccinationer. Föräldrarna vill ha information om vaccinationer som deras barn erbjuds och vilka alternativ det finns. Målet med rådgivning om vaccinationer inom både skol- och studerandehälsovården är att ge tillräckligt med information för att fatta beslut om vaccinering. Därför är det viktigt att hälsovårdaren och läkaren känner till det officiella vaccinationsprogrammet, indikationerna, kontraindikationerna för vaccinationen och hur de olika vaccinationerna förhåller sig till varandra. (Vaccinatörens handbok, THL 2009b.)

Barn vaccineras före skolåldern mot 9–10 allvarliga sjukdomar. Barnrådgivningssystemet möjliggör att alla familjer har tillgång till vaccinationer. Institutet för hälsa och välfärd har regelbundet följt vaccinationstäckningen för barn med stickprovsundersökning. (Leino et al. 2007.) Minst 93 % av barnen under skolåldern får vaccinationer enligt det frivilliga, allmänna vaccinationsprogrammet (Vaccinatörens handbok, THL 2009c). Om vaccinationstäckningen sjunker kan det uppstå befolkningsgrupper där gamla smittsjukdomar som redan övervunnits kan orsaka epidemier. Ytterligare information om vaccinationer finns i Vaccinatörens handbok och på Institutet för hälsa och välfärds webbplats.

Rådgivningsbyrån är en viktig källa för neutral information även i fråga om vaccinationer utanför vaccinationsprogrammet.

Som en del av hälsorådgivningen är det nödvändigt att se till att familjen, barnet och den unga personen har grundläggande kunskaper om *hygien och spridning av smittsjukdomar*, bland annat om betydelsen av att tvätta händerna och det praktiska genomförandet.

5) I tillämpliga delar social trygghet och social- och hälsovårdstjänster.

Det hör till hälso- och sjukvårdspersonalens yrkeskunnande att känna till grunddragen i den sociala tryggheten för den egna klientgruppen och social- och hälsovårdstjänsterna i den egna kommunen samt att hänvisa klienten att ansöka om förmåner och tjänster som ingår i den sociala tryggheten. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör ha kännedom om var på den egna orten man vid behov får råd, information och social- och hälsovårdstjänster samt var man får information om förmåner. En noggrann kännedom om förmåner hör till uppgifterna för yrkesutbildade personer inom socialvården. Man har också nytta av nätverksbildning och multiprofessionellt samarbete med yrkesutbildade personer i olika förvaltningsområden när man hänvisar klienterna att söka information och service hos rätt instans. Tjänster för barn, unga och barnfamiljer som samlas på kommunernas webbsidor tjänar både de yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården och kommunens invånare.

Här följer exempel på centrala förmåner och tjänster som klienterna inom rådgivningsarbetet och skol- och studerandehälsovården kan behöva.

Mödra- och barnrådgivningen: Ekonomiska understöd för barnfamiljer (moderskapsunderstöd, barnbidrag, underhållsbidrag), föräldraledigheter (mammaledighet, föräldraledighet, pappaledighet, vårdledighet, moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenning), tjänster inom småbarnsfostran, hemtjänst, familjearbete, tjänster vid rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor och familjerådgivningsbyråer, socialskydd och tjänster i anknytning till föräldrarnas skilsmässa. Förmåner för familjer som väntar barn har samlats bland annat i Vi väntar barn-broschyren som uppdateras av THL.

Skolhälsovården: Ekonomiska understöd för barnfamiljer, andra tjänster inom elevvården, hemtjänst, familjearbete, tjänster vid rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor och familjerådgivningsbyråer.

Studerandehälsovården: Studiestöd, studiepenning, andra tjänster inom studerandehälsovården.

Information om familjeledigheter och annan social trygghet finns bland annat på social- och hälsovårdsministeriets (www.stm.fi) och Folkpensionanstaltens (www.kela.fi) webbplatser.

15 § Hälsorådgivningens utvidgade innehåll

En familj som väntar sitt första barn ska ges multiprofessionellt ordnad familjeträning, som omfattar föräldragrupsverksamhet.

Syftet med familjeträning är att stödja blivande föräldrar under graviditeten och i uppgiften att vårda och uppfostra barnet. Med familjeträning strävar man efter att förstärka kunskaper och färdigheter i anknytning till förlossningen samt vård och uppfostran av barnet. Familjeträning och annan föräldragrupsverksamhet möjliggör stöd av likställda och samhörighet för föräldrar som väntar barn. Under kritiska övergångsskeden, såsom före och efter barnets födelse, kan grupprådgivning ge bättre resultat och vara mer kostnadseffektivt än individuell rådgivning. För unga familjer kan stöd av likställda och andra familjer i samma livssituation vara till stor hjälp. Familjernas olika utgångspunkter förutsätter att familjeträning och föräldragrupsverksamhet utvecklas, är mångsidigt och innehåller alternativ. Familjeträning har utvecklats på många orter. Till exempel i Helsingfors och Esbo har man utvecklat multiprofessionellt och funktionellt familjearbete som är avsett för alla familjer som väntar sitt första barn (Helsingfors stads hälsovårdscentral 2009, Ruotsalainen et al. 2008). I Barnrådgivningshandboken (SHM 2005) behandlas teman för familjeträning. Det finns skäl att på ett lämpligt sätt inkludera förebyggande av våld eftersom det har konstaterats ha inverkan när man behandlar frågan i detta skede (WHO 2007).

Det är önskvärt att gruppverksamhet ordnas förutom för familjer som deltar i familjeträning och föräldragrupsverksamhet också för familjer som uppfostrar barn åtminstone under barnets första levnadsår. Grupprådgivning kan enligt familjernas behov ordnas som olika former av smågruppsverksamhet, till exempel grupprådgivningsverksamhet och pappagrupper. Föräldragrupsverksamhet främjar samhörigheten mellan barnfamiljer, samarbete mellan familjerna och stöd för andra. På vissa områden, till exempel i landskapet Kajanaland, har man med stöd av multiprofessionellt samarbete fortsatt med verksamheten också för föräldrar till barn i skolåldern.

Hembesök ska göras hos en familj som väntar sitt första barn eller hos en familj som har fått sitt första barn. Andra hembesök ska ordnas vid behov.

Också familjer där den andra föräldern blir förälder för första gången och invandrarfamiljer (första barnet som föds i Finland) kan anses vara familjer som väntar sitt första barn. Under hembesöken har man möjligheten att bekanta sig med barnets uppväxt- och utvecklingsmiljö, skapa en god relation till båda föräldrarna och rikta hälsorådgivningen enligt familjernas behov.

Hembesöket möjliggör observationer av barnets uppväxt- och utvecklingsmiljö och tryggheten i den tillsammans med föräldrarna. Enligt både inhemska och utländska undersökningar är hembesök en effektiv arbetsmetod (Olds et al. 2007, Caldera et al. 2007, Barlow et al. 2007). Med hembesök kan man bland annat stödja föräldraskapet och öka identifiering av de barn som riskerar att bli illabehandlade (Barlow et al. 2007). Hembesök har också konstaterats vara en bra arbetsmetod för förebyggande av olyckor (Lagerberg 2000, Kendrick et al. 2009). Observationer om familjens livsförhållanden, resurser och eventuella problem, bl.a. postnatal depression, bruk av alkohol och våld, möjliggör tidigare allokering av stöd till barnet och familjen (Lagerberg 2000). Hembesök borde också ökas på grund av identifierat behov. Vid hembesöket kan man använda enkäter som utvecklats för observation av tidig växelverkan och stöd samt enkäter om resurser (SHM 2005). Hembesökens innehåll bör utvecklas systematiskt i fortsättningen.

Betydelsen av hembesök efter förlossningen har betonats eftersom många föderskor nuförtiden får åka hem från förlossningssjukhuset ungefär 1–2 dygn efter förlossningen. Då kan det vara svårt att säkert konstatera bland annat om amningen fungerar, bröstmjölken räcker till och bedöma hur barnet mår. I synnerhet förstföderskor kan ha svårt att bedöma om barnet äter tillräckligt. När det är fråga om en förstföderska och om barnet får åka hem efter 1–2 dygn efter förlossningen, borde ett hembesök eller ett besök på mottagningen ordnas cirka 3–4 dagar efter förlossningen så att man kan försäkra att spädbarnet mår bra.

Hälsorådgivning som riktar sig till en familj som väntar barn

Den hälsorådgivning som riktar sig till en familj som väntar barn ska erbjudas bäge föräldrarna. Detta förutsätter att man allt aktivare ber båda föräldrarna komma till rådgivningen, att deras åsikter och behov utreds och att god praxis utnyttjas. Enligt utredningar ska man fästa mer uppmärksamhet vid papporna än tidigare. Dessutom är det viktigt att utveckla arbetssätten så att de beaktar bäge föräldrarna, ordna smidiga rådgivningstjänster, bl.a. kvällsmottagningar enligt klienternas behov och utveckla samarbetet till exempel genom att utnyttja familjetjänstnätverk (Sarkadi et al. 2008, SHM 2008b). Föräldrar som väntar barn behöver förutom uppföljning av hälsotillståndet även stöd av rådgivningen i den nya livssituationen. Rådgivningen baserar sig på en utredning av familjens livssituation och hälsovanor samt på föräldrarnas frågor och önskemål. Familjerna har olika behov och förväntningar på servicesystemet och dessa förändras med tiden. Oftast är behovet av information och stöd som störst när familjen väntar sitt första barn. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid mödrar som ensamma väntar på barn och att de har tillräckliga stödnätverk.

Hälsorådgivningen ska ge information om graviditetstiden och de risker som ansluter sig till den, om förlossningen och vården av barnet samt om förändringar i den mentala hälsan som eventuellt hänger samman med gra-

viditeten och förlossningen. Syftet med hälsorådgivning för familjer som väntar barn är att trygga den gravida mammans och det kommande barnets bästa möjliga hälsa samt att stödja hela familjens hälsosamma livsvanor och förberedelse inför födelsen av en ny familjemedlem. Målet med hälsorådgivningen är förebyggande av störningar under graviditeten, tidig upptäckt av störningar och hänvisning till vård, effektiv vård samt att ge stöd om det finns handikapp och sjukdomar i familjen.

Ämnesområden inom hälsorådgivning gällande graviditet är bland annat hur graviditeten fortskrider, uppföljning av graviditeten och symptom under graviditeten. Dessutom behandlas inom hälsorådgivningen för familjer som väntar barn förberedelse inför förlossningen, pappans närvaro under förlossningen, planering av förlossningen och överburen graviditet. Dessutom behöver familjerna information om förlossningens gång (början av förlossningen, förlossningens gång, olika förlossningssätt, ingrepp i samband med förlossningen), förlossningssmärta och -rädsla samt om smärtlindring, problem med normalt förlossningsförlopp, att bli återställd efter förlossningen och efterkontroll. I hälsorådgivningen för familjer som väntar barn ingår också information om fosterscreening och familjeträning (se THL 2009b).

Hur familjen orkar i vardagen och familjens stödnätverk diskuteras med familjen som väntar barn under graviditeten och efter den. Det är också centralt att diskutera hur föräldrarna föreställer sig babyn samt att förbereda föräldrarna att ta hand om barnet och inför förändringen i livet som barnet för med sig. Hela familjen borde kunna känna att graviditeten, förlossningen och att ta hand om spädbarnet är en trygg och positiv upplevelse. (Stakes 1999, SHM 2007a.)

Rådgivningen ska bidra till en tidig växelverkan mellan barnet och föräldern samt stödja modern att amma. En viktig utmaning och uppgift för rådgivningsarbetet är att stödja utvecklingen av så god interaktion mellan föräldrarna och barnet som möjligt. Undersökningar betonar vikten av att identifiera problem i växelverkan mellan modern och barnet och möjligheterna att ge stöd. Tidig växelverkan har konstaterats förutspå barnets senare utveckling och välbefinnande. (Luoma, et al. 2004, Mäntymaa 2006, Kempinen 2007.) För att förebygga problem i växelverkan mellan föräldern och barnet ska man på mödrarådgivningen kartlägga riskfaktorerna i varje familj som väntar barn och bedöma behovet av stöd och tidig intervention. Enligt undersökningar ökar utbildning hälsovårdarens och läkarens förmåga att observera, bedöma och stödja tidig växelverkan samt att föra svåra frågor på tal. (Puura 2001.) Rådgivningsarbetet ska stödja föräldraskapet och föräldrarnas mentala hälsa, särskild uppmärksamhet ska fästas vid familjer med psykosociala problem. Socialt stöd för föräldern som främst tar hand om barnet har konstaterats vara det bästa skyddet mot bl.a. postnatal depression (Puura 2009). Föräldrarnas sinnesstämningar och föräldrarnas ork ska observeras vid varje rådgivnings- och hembesök. Intensifiering av förebyggande och identifiering av postnatal depression och störningar i växelverkan hör till

rådgivningens uppgifter. Stödjande av tidig växelverkan behandlas närmare bl.a. i Barnrådgivningshandboken (SHM 2005).

Mödra- och barnrådgivningsbyråer har goda möjligheter att stödja *moderns förmåga att amma* samt att främja positiva attityder till amning genom att ge information om fördelar med amning, instruera och ge stöd om det uppstår problem med amningen. Det nya nationella handlingsprogrammet för att främja amning 2009–2012 (THL 2009a, även SHM 2007a) strävar efter att instruera om och stödja amning under graviditeten, i samband med förlossningen och efter förlossningen. År 2010 ges ut en rekommendation för vård om samma ämne (www.hotus.fi). Dessutom fästs uppmärksamhet vid socioekonomiska skillnader i fråga om amning och vid minskning av dem i handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader (SHM 2008c).

Enligt den officiella nationella rekommendationen ammas ett normalviktigt, vid födelsen friskt spädbarn fullt i sex månader och därefter upp till ett års ålder jämsides med annan näring (SHM 2005). I Finland ammas spädbarn i kortare tider än vad som rekommenderas, i genomsnitt i sju månader, och full amning tills barnet är sex månader är ännu ovanligt. De regionala skillnaderna är stora. (Hasunen & Ryyänen 2005, Kyttälä et al. 2008.)

Rådgivningsbyråerna uppmanas att stärka individuellt stöd för mödrarna och handledning genom att öka användningen av gemensamma styrmedel som grundar sig på bevis (THL 2009a). Främjande av amning förutsätter stödjande och handledning av hela familjen ända sedan graviditeten. Goda kunskaper om amning hör ihop med full amning, att mamman klarar av amningen på förlossningssjukhuset, med planer på att amma länge och att amningen fortsätter i minst sex månader (Hannula 2003). Amningsrådgivning som ges på mödra- och barnrådgivningen motiverar till full amning, ökar mammornas kunskaper om fördelarna med amning samt stärker deras självkänsla som barnets vårdare. Även grupper av likställda har betydelse för att amningen ska lyckas. Man vet mer än tidigare om amningens hälsoeffekter för både barnet och modern. Anvisningar och exempel som stöd för amning finns också i handboken "Lapsi, perhe ja ruoka" (Barn, familj och mat) (Hasunen et al. 2004) och Barnrådgivningshandboken (SHM 2005).

Hälsorådgivning som riktar sig till barn under skolåldern och eleven och deras familjer

Den hälsorådgivning som riktar sig till barn under skolåldern och elever och deras familjer ska stödja barnets utveckling, omsorgen om barnet och barnets fostran samt växelverkan mellan barnet och föräldern. Hälsovanor samt kunskaper och färdigheter i anknytning till hälsobeteendet skapas redan under barndomen och ungdomen, och därmed kan man före och i skolåldern förstärka förutsättningarna för barnets och familjens hälsosamma liv och ingripa i de flesta faktorer som äventyrar barnets hälsa och välbefinnande. Målet för hälsorådgivningen är att ge föräldrarna enligt deras behov tidsenlig information som grundar sig på forskningsrön om barnets gynnsamma utveckling samt främjande av barnets och hela familjens hälsa på ett

sätt som passar familjen. (SHM 2005.) Viktiga ämnesområden förutom innehållet i hälsorådgivningen som nämns i paragraf 14 är god vård och omsorg enligt barnets ålder, en uppfostran som främjar barnets utveckling och lek. Vid planering av hälsorådgivning beaktas både barnets välfärd och intressen och hela familjens välfärd. På barnrådgivningen och inom skolhälsovården diskuteras stödjande av barnets självkänsla och betydelsen av skillnader i temperament med föräldrarna. Det finns också skäl att fästa uppmärksamhet vid relationerna mellan syskonen och vilket förhållningssätt eventuella andra vuxna har till barnet med fokus på barnets positiva utveckling.

Det centrala är att betona vikten av positiv styrning och den skadliga inverkan en sträng, förnedrande eller hotfull uppfostran har på barnet. Det är bra att påminna att en smidig gränsdragning som respekterar barnet förebygger senare beteendeproblem och att aga ökar barnets senare benägenhet till våldsamt uppförande.

Man har inom rådgivningsarbetet ökat hälsovårdarnas förmåga att stödja växelverkan mellan barnet och föräldern och att förebygga problem i anknytning till det. Växelverkan kan stödjas genom att ge positiv respons för välfungerande situationer och ingripa i situationer som fungerar dåligt ur barnets eller föräldrarnas synvinkel (SHM 2005). Tack vare utbildning om tidig växelverkan har hälsovårdarna uppmuntrats att föra även svåra saker på tal. Det är centralt att identifiera familjer där stödjande av växelverkan mellan barnet och föräldern är särskilt viktigt. (Puura et al. 2001.)

I hälsorådgivningen som ges under barnets första levnadsår ingår också diskussion om ordnande av barnets vård när föräldraledigheten tar slut. Hälsovårdaren kan berätta om kommunens olika dagvårdstjänster och den öppna småbarnsfostran om familjen inte är i behov av dagvård samt om betydelsen av småbarnsfostran och hemmet för barnet.

Dessutom ska hälsorådgivningen stödja föräldrarnas välbefinnande, ork och inbördes växelverkan. Föräldrarna är de som främst ska främja sitt barns utveckling och familjens välbefinnande. Barnets välfärd är bunden till hela familjen, föräldrarnas fungerande parförhållande och ett ansvarsfullt föräldraskap. Barnets välfärd kan bäst främjas genom att verka tillsammans med hemmen och förstärka föräldraskapet. (SHM 2005.) Rådgivningsbyrån har goda möjligheter att stödja familjernas egen verksamhet för att öka sina resurser, till exempel genom att ge kunskaper och öka vetskapen om faktorer som ger kraft eller belastar. En diskussion med en yrkesutbildad person kan hjälpa föräldrarna att begrunda sin egen välfärd, sitt ork och den ömsesidiga växelverkan, till exempel hur de löser motstridigheter, även ur barnets perspektiv.

Ett ämnesområde som ingår i hälsorådgivningen om vardagen i en småbarnsfamilj är betydelsen av familjens gemensamma tid, gemensamma upplevelser och aktiviteter för hela familjens välfärd. Att tillsammans utföra

vardagssysslor stöder barnets utveckling och barnets senare motionsvanor (Javanainen-Levonen 2009). Barnets utveckling stöds allra bäst i en positiv atmosfär där barnet känner sig respekterat och tryggt och känner att det får vara ett barn. Familjens gemensamma tid stöder närheten i hela familjen och möjliggör öppen växelverkan. Förutom detta behöver småbarnsföräldrar också tid på tu man hand för att stärka samhörighetskänslan. Barnens födelse kan minska makarnas tillfredsställelse med parförhållandet (Knauth 2000, O'Brien & Peyton 2002). Det finns stora variationer mellan familjerna. I det här livsskedet framhävs rollerna som föräldrar, men det lönar sig för föräldrarna att aktivt vårda parförhållandet. Parrådgivning har konstaterats påverka bland annat hur den nye fadern knyter an till familjen och deltar i vården av sitt barn (Hawkins et al. 2008).

Efter barnets födelse rekommenderas det att föräldrarna ska få information om postnatal depression och hur vanligt det är, om symptom och förebyggande, även om frågan har behandlats i samband med familjeförberedelsen och vid besök på mödrarådgivningen. Det finns skäl att minnas att även pappor kan lida av depression. Depression kan förebyggas bland annat med motion och stöd av likställda (Armstrong & Edwalds 2003, Dennis 2003). Stöd från partnern är centralt vid förebyggande av depression och i mån av möjlighet vid identifiering av symptom. Lindrig depression kan med tiden försvinna av sig själv till exempel i och med att modern får erfarenheter av att klara av vardagen. Identifiering av symptom är viktigt för att depressionen inte ska förvärras och vård påbörjas så tidigt som möjligt.

Betydelsen som grupper av likställda har för föräldrarna bör kommas ihåg vid rådgivningen eftersom stöd av likställda stöder föräldrarnas ork (Long et al. 2001, Fielden & Gallagher 2008, Hawkins et al. 2008, Sarkadi et al. 2008). Inom rådgivningsarbetet och skolhälsovården är det viktigt att stödja föräldraskapet särskilt i familjer med psykosociala problem.

Hälsorådgivning som riktar sig till elever och studerande

Den hälsorådgivning som riktar sig till elever och studerande ska stödja och främja deras utveckling mot självständighet, studieförmågan, sunda levnadsvanor samt en god kondition och mental hälsa samt förebygga mobbning. Den centrala uppgiften för skol- och studerandehälsovården är främjande av elevens och studerandens hälsa, välfärd och studieförmåga. Ungdomen och tiden då man blir vuxen är ett betydande livsskede för främjande av hälsan och förebyggande av olyckor och sjukdomar, om arbete som främjar hälsan bedöms med tanke på folkhälsan. Skol- och studerandehälsovården har en viktig uppgift inom hälsorådgivningen för elever. På grund av detta borde man alltid inom skol- och studerandehälsovården ha tillräckligt med tid för hälsorådgivning. Det lönar sig att beakta de skolvisa resultaten från skolhälsoenkäten vid planering av hälsorådgivningen.

Utgångspunkten för hälsorådgivningen är elevens och studerandens individuella livssituation, utmaningar för ifrågavarande åldersskede, utvecklingsuppgifter och särskilda hälsorisker. Målet för rådgivningen är att eleven och

studerande uppfattar hälsosamma livsvanor som en resurs i livet och lär sig att ta ansvar för sin hälsa. Syftet är att främja och upprätthålla skyddande faktorer som finns både bland eleverna och studeranden och i förhållandena samt att å andra sidan minska utsättande och utlösande riskfaktorer i omständigheterna samt individuell sårbarhet. Hälsofrämjande verksamhet för elever och studerande påverkar förutom studietiden också deras senare liv. Med hälsorådgivning stöds studeranden då han eller hon ska bli självständig och vuxen. Vid stödjande av den unga personens process i att bli självständig kan man använda en rollkarta för unga i processen att bli självständig (Itsenäistyvän nuoren roolikartta, www.vskl.fi).

Med hälsorådgivning stöds upprätthållande och främjande av elevens och studerandens fysiska kondition. Den psykiska hälsan främjas enligt elevens och studerandens åldersskede, livssituation och erfarenheter till exempel genom att stödja mänskliga relationer, fritidsintressen och studieförmåga samt genom att aktivt ingripa i faktorer som hotar den psykiska hälsan.

Förebyggande av mobbning, våld och trakassering och ingripande i dem ligger på hela skol- och studiegemenskapens ansvar. Samarbete med andra anställda (skolkuratorer och -psykologer) inom elev- och studerandevården och lärarpersonalen är viktigt både för främjande av trygghet och välbefinnande och utveckling och genomförande av individuella och samhörighetsmässiga förfaringssätt i anknytning till tidigt ingripande. År 2006 startades det nationella KiVa Skola-programmet (<http://www.kivakoulu.fi/index.php>) som ska minska och förebygga mobbning. Programmet utvecklades i samarbete mellan ämnet psykologi vid Åbo universitet och Centrum för inlärningsforskning. Inverkan av KiVa Skola-projektet har undersökts och enligt resultaten minskar projektet både antalet mobbningsoffer och antalet utövare av mobbning. Dessutom har den haft positiv inverkan på bl.a. atmosfären i klassen och barnens skolmotivation. KiVa Skola-programmet ska utvidgas och bli nationellt. Även vid hälsoundersökningarna ska man undersöka om barnet eller den unga personen har blivit offer för mobbning eller själv mobbat andra, och man ska ingripa i situationen. (Se även handboken Skolhälsovården och Handboken för studerandehälsovården.)

Dessutom ska de studerande ges information om vad som krävs för att utöva ett yrke samt de hälsomässiga riskfaktorer som ansluter sig till arbete och yrke. Det ligger på läroanstaltens ansvar att sörja för att studeranden känner till de centrala hälso- och trygghetsfaktorer som ansluter sig till yrket och kan skydda sig för dem samt känner till trygga arbetsvanor och användning av personliga skyddsredskap (SHM 2006). Förutom kunskaper, färdigheter och trygga arbetsvanor är det viktigt att påverka studerandens attityder. Studerandehälsovården samarbetar med läroanstaltens personal inom rådgivning i fråga om yrkets förutsättningar och hälsorelaterade riskfaktorer i anknytning till arbetet och yrket. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kan i samarbete med den övriga personalen inom studerandevården handleda studeranden att hitta möjligheter, informationskällor och

instanser med vilkas hjälp studeranden kan öka sina möjligheter att upprätthålla och främja sin hälsa samt lösa studierelaterade problem. (SHM 2006b.)

16 § Preventivmedelsrådgivning och annan rådgivning om sexuell hälsa

Rådgivning som stöder den sexuella mognaden och utvecklingen hos barn under skolåldern, elever och studerande ska ingå i hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna på ett sätt som motsvarar barnens och ungdomarnas utvecklingsstadium. Främjande av sexuell hälsa och sexualrådgivning som en del av det är en viktig del av tjänsterna inom den förebyggande hälsovården. Sexualrådgivning ska integreras i alla hälsotjänster. Sexualrådgivning ska genomföras jämlikt enligt klientens behov oberoende av klientens kön, ålder, sexuella eller könsliga inriktning, kulturella bakgrund eller andra personliga egenskaper. Även pojkar och män samt invandrare och andra minoritets- och specialgrupper bör beaktas i rådgivningen (SHM 2007a). Särskild uppmärksamhet ska fästas vid långtidssjuka och barn och unga med funktionsnedsättning vars sexualitet ofta förblir ouppmärksammasad.

Innehållet i sexualrådgivningen planeras för olika åldersskeden så att utgångspunkten är en positiv uppfattning om sexualitet samt skillnader mellan flickor och pojkar. Det lönar sig att koordinera hälsorådgivningen på rådgivningsbyrån och inom skolhälsovården tillsammans med uppfostran i att inte använda våld som ges inom småbarnsfostran och i grundskolan så att båda stöder individernas sexuella rättigheter samt undervisning av kunskaper och färdigheter som strävar efter att ge förståelse om individens integritet och självbevarande, s.k. kunskaper om trygghet (SHM 2007a).

Preventivmedelsrådgivning och annan rådgivning om sexuell hälsa hör till rådgivningsbyråns samt skol- och studerandehälsovårdens tjänster. Mödra- och barnrådgivningen har en central uppgift inom sexualrådgivningen. Rådgivning om parförhållandet och sexualiteten ges under graviditeten som individuell rådgivning, inom familjeförberedelsen, efter förlossningen och i samband med rådgivning som gäller förebyggande av graviditet. På barnrådgivningen diskuteras barnets sexuella utveckling och föräldrarna instrueras att stödja barnets stabila utveckling i fråga om sexualhälsa. Rådgivningstjänsterna erbjuder föräldrarna information för förebyggande av problem i parförhållandet och skilsmässor i småbarnsfamiljer. Sexualrådgivningen för barn under skolåldern och på lågstadiet borde skapa en grund för goda mänskliga relationer och respekt för andra människor. Dessutom är syftet att utveckla förståelsen för den egna kroppen och självbestämmanderätten.

En speciellt viktig grupp är ungdomar som närmar sig pubertetsåldern eftersom det ingår i deras naturliga utveckling att det sexuella intresset vaknar, parförhållanden uppstår och parförhållanden och de sociala nätverken förändras. Å andra sidan har ungdomar i den åldern nödvändigtvis inte förmågan att ta hand om sin sexualhälsa bland alla förändringar och ny slags press från omgivningen.

Ungdomar ska få stöd för självbestämmande samt för att det inte är bråttom med att få sexuella upplevelser. Ett tidigt riskbeteende förutspår risker senare i livet till exempel i fråga om könssjukdomar och oönskade graviditeter. Förutom sexuella försök kan ungdomar testa sina gränser även genom att använda alkohol och narkotika. Bruk av alkohol och narkotika hör ihop med sexuellt beteende. Dessa risker borde betraktas tillsammans.

Ungdomar söker aktivt information och hälsorådgivningen ska utgå ur de ungas synvinkel. Information som fås på internet ger inte alltid positivt stöd åt sexualiteten. Dessutom har ungdomarna ofta svårt med att ta emot sexualrådgivning av sina föräldrar varför skolhälsovårdens och skolhälsovårdarens roll är betydelsefull för att bygga ett förtroende. Å andra sidan upplever enligt skolhälsoenkäten en fjärdedel av ungdomarna att det är svårt att boka tid hos en läkare eller hälsovårdare för att diskutera en fråga med anknytning till sexualhälsan.

Till rådgivning om sexuell hälsa hör också frågor om planering av graviditet. För att trygga tillräckligt intag av folsyra är det viktigt att fästa uppmärksamhet vid en mångsidig kost som innehåller rikligt med färska grönsaker, bär, frukt och fullkornsprodukter (se Hasunen et al. 2004, s. 76–78).

Skol- och studerandehälsovården har vid sidan av undervisning i hälsokunskap en central roll i sexualundervisningen för unga. Det är nödvändigt att representanter för skol- och studerandehälsovården är med och planerar innehållet i hälsokunskap och får utbildning i genomförande av sexualhälsa. Många deltar också i den egentliga undervisningen. Ungdomarna bör få råd och hjälp i frågor om sexualitet som närservice eftersom en lätt tillgänglig mottagning är av största vikt för ungdomar. Tjänster som främjar sexualhälsan för unga ordnas om möjligt som separata ungdomstjänster eftersom arbete med unga kräver specialkunskaper. Om det inte är möjligt att ordna en separat rådgivning för unga, utvecklas närservice som unga behöver genom att stärka skol- och studerandehälsovården och utvidga hälsovårdarens befogenheter. (SHM 2007a.) Som bäst utvecklas arbetsmetoder och verksamhetsmodeller samt kompletterande utbildning som stöd för dem som arbetar inom skol- och studerandehälsovården.

Rådgivningen kan också ordnas som en del av andra tjänster. Hälsovårdscentralerna ska fortfarande enligt folkhälsolagen ordna preventivmedelsrådgivning för kommunens invånare. Preventivmedelsrådgivning behöver också de som inte använder mödra- eller barnrådgivningens eller skol- och studerandehälsovårdens tjänster. Målet är att tjänsterna centraliseras till rådgivningsbyrå eller en verksamhetspunkt vars personal har det nödvändigt specialkunnandet, i större kommuner till separata preventivmedelsrådgivningar och i mindre kommuner som en del av andra tjänster. Ett helhetsmässigt främjande av sexualhälsa integreras alltid i preventivmedelsrådgivningen. (SHM 2007a)

Preventivmedelsrådgivningen bör beakta att ungdomarnas behov av preventivmedel ändras, till exempel olika preventivmedel och tillgången till

dem samt att båda könen tar ansvar för prevention av graviditet och könssjukdomar. SHM:s verksamhetsprogram rekommenderar att preventivmedelsrådgivning ordnas så att unga får preventivmedel senast en vecka från och med att man kontaktat rådgivningen och att ungdomar under 20 år får preventivmedel (t.ex. kondomer och p-piller) gratis.

I nästan alla sjukvårdsdistrikt och i en tredjedel av hälsovårdscentralerna fanns det år 2009 sexualrådgivare som hade fått tilläggsutbildning. Deras arbetsinsats utnyttjas när sexualhälsan integreras som en del av hälsofrämjande hälsorådgivning och vårdpraxis för centrala folksjukdomar. Nätverket av sexualrådgivare som koordineras av Institutet för hälsa och välfärd har över 100 rådgivare och fungerar som ett e-postnätverk och ordnar årligen utbildning och möten. Betydelsen av organisationer inom området är stor i synnerhet för specialgrupper. Organisationerna erbjuder klienterna rådgivning och yrkesutbildade personer konsultation, utbildning och material.

2.4 TILLHANDAHÅLLANDE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTJÄNSTER FÖR STUDERANDE

17 § Hälso- och sjukvårdstjänster

Studerandehälsovård är en del av den kommunala primärvården. Enligt 14 § i folkhälsolagen åligger det kommunen att ordna studerande inom studerandehälsovården hälso- och sjukvårdstjänster, mun- och tandvårdstjänster och mentalvårdstjänster medräknade. Folkhälsolagen möjliggör hälso- och sjukvård av studerande vid universitet och yrkeshögskolor samt ordnande av munhälsovård med kommunens samtycke på ett annat sätt som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet. Enligt denna bestämmelse ordnas hälso- och sjukvård för studerande vid universitet via Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS).

Kommunen eller samkommunen ordnar studerandehälsovårdstjänsterna inom det område där studerandens läroanstalt är oberoende av studerandens hemkommun. Studeranden kan även söka sig till andra tjänster vid en hälsovårdscentral på samma grunder som befolkningen som bor inom hälsovårdscentralens område. Kriterierna för tillgång till vård gäller även för studeranden.

Mödrarrådgivningstjänster ingår i de i folkhälsolagen avsedda hälso- och sjukvårdstjänster som studieorten ska ordna för studerande på samma sätt som för kommuninvånarna. Barnrådgivningstjänster för studerandens barn ingår inte i studerandehälsovården, ordnandet av dem åligger barnets hemkommun.

Studeranden har alltid möjlighet att söka sig till tjänster i sin hemkommun om han eller hon så vill. Enligt 30 § 3 mom. i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) ska studerande vid högskolor och andra läroanstalter inom ett sjukvårdsdistrikt under den tid då de på grund av sina studier vistas

inom ett främmande sjukvårdsdistrikt beredas sjukvård på ett sjukhus eller i en annan verksamhetsenhet som hör till kommunalförbundet för detta sjukvårdsdistrikt. Syftet med dessa bestämmelser är inte att ändra studerandehälsovårdens tillämpningsområde utan endast att göra den nuvarande situationen tydligare. Studerande som studerar utanför sin egen hemort ska på begäran visa ett intyg om studiernas natur och deras längd då de söker sig till studerandehälsovårdens tjänster, till exempel studerandekortet. Det finns närmare anvisningar om ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster i Handboken för studerandehälsovården (SHM 2006b).

Avgifterna för studerandehälsovården bestäms delvis enligt studerandens ålder och delvis enligt läroanstalten. Universitets- och högskolestuderande som använder tjänster vid SHVS betalar årligen en hälsovårdsavgift som en del av avgiften för studentkåren. Dessutom krävs separata avgifter för användning av tjänster.

Avgifter för studerandehälsovården för yrkeshögskolor och läroanstalter med utbildning på andra stadiet bestäms enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården och förordningen (912/1992). Enligt dessa är tjänster som ordnas av hälsovårdscentraler avgiftsfria för ungdomar under 18 år. För andra studerande är sjukvårdstjänster som en läkare ger inom öppenvården och mun- och tandvårdstjänster samt hemsjukvård och fysioterapi avgiftsbelagda och andra tjänster inom studerandehälsovården avgiftsfria.

Tjänster inom den specialiserade sjukvården som ordnas av sjukvårdsdistrikt är avgiftsbelagda för studerande på samma grunder som för andra som använder dessa tjänster. Med stöd av 42–43 § i lagen om specialiserad sjukvård tar sjukvårdsdistriktet betalt för sjukvård som ordnats för en studerande som kommer från en annan kommun än den som hör till samkommunen och för annan verksamhet som orsakat kostnader av samkommunen för det sjukvårdsdistrikt som elevens eller studerandens hemkommun hör till.

Studerandehälsovården omfattar förutom hälsoundersökningar och hälso- och sjukvårdstjänster enligt 2 och 3 kap. också hälso- och sjukvårdstjänster som bestäms i 14 § 1 mom. 6 punkten i folkhälsolagen (66/1972) såsom

1) Tidigt konstaterande, vård och hänvisning till fortsatt vård vid eventuella mentala störningar

I studerandehälsovårdens roll i fråga om vård av psykiska problem ingår tidig identifiering av problem, stödande av studeranden, vård av lindriga problem och hänvisning till fortsatt vård. Hälsovårdaren och läkaren kan i samarbete med andra aktörer inom läroanstaltens elevvård ordna tillräckligt stöd för studeranden för upprätthållande av studieförmågan.

Vård av mentala störningar är ett multiprofessionellt samarbete inom läroanstaltens och kommunens nätverk. Aktörer som kan delta i teamarbete varierar inom olika hälsovårdscentralers verksamhetsområden och på olika läroanstalter. Till exempel socialarbetarnas, skolkuratorernas och studiepsykologernas tjänster varierar mycket. Alla instanser som ordnar studerandehälsovård borde således bilda ett multiprofessionellt team med tillgängli-

ga aktörer inom sitt eget verksamhetsområde. Det är viktigt att skapa ett samarbetsnätverk och planera gemensamma verksamhetsmodeller i förväg. (SHM 2006b.) Mentalvårdstjänster hör till studerandehälsovården. Tjänsterna behöver dock inte ordnas på studerandehälsovårdens mottagning utan de kan ordnas smidigt enligt servicestrukturen på studieorten.

2) Tidigt konstaterande, vård och hänvisning till fortsatt vård vid eventuella missbruksproblem

Utgångspunkten för missbrukarvårdstjänster är att bruk av alkohol och narkotika och problem i anknytning till dem ska behandlas på alla tjänstenivåer så tidigt som möjligt samt att information, stöd och hjälp erbjuds aktivt. Studerandehälsovården svarar för sin del för tidig identifiering och vård av missbruk. Yrkesutbildade personer inom studerandehälsovården ska också ha tillräckliga yrkeskunskaper som till exempel skaffats genom kompletterande utbildning. I kunnandet ingår förmågan att föra missbruk på tal, kännedom om olika vård- och interventionsalternativ samt förmågan att hänvisa klienten till behövliga specialtjänster inom missbrukarvården. Aktörerna inom studerandehälsovården ska känna till missbrukarvårdstjänster inom sitt område och man bör skapa samarbetsnätverk och komma överens om verksamhetsmodeller redan före den första studerande som behöver specialtjänster inom missbrukarvården kommer till studerandehälsovårdens mottagning (SHM 2006b).

3) Tjänster som främjar sexuell hälsa

I tjänster som främjar sexuell hälsa ingår rådgivning om sexualitet och parförhållandet, förebyggande av infertilitet, stödjande av utvecklingen av den sexuella och könsliga inriktningen, förebyggande av oönskade graviditeter, förebyggande av könssjukdomar, förebyggande av sexuellt våld samt annan rådgivning om sexuell hälsa.

4) Mun- och tandvårdstjänster, som omfattar hälsorådgivning, undersökning och vård av mun och tänder enligt individuella behov samt en vårdplan, i vilken ingår egenvård som uppgjorts av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård på basis av en hälsoundersökning.

Inom mun- och tandvårdstjänster för studerande och i fråga om tillgången till vård följs gemensamma grunder för icke-brådskande vård och tidsfrister för vård. Planmässig vård inom studerandehälsovården baserar sig på behandlingsintervaller som bestämts på basis av studerandens individuella behov av vård och risker. I enkäter för nya studeranden utreds om studeranden har fått en individuell plan för vård och uppföljning. Vid behov utarbetas en plan och genomförandet av den uppföljs.

2.5 SÄRSKILDA BESTÄMMELSER

18 § Skyldigheter enligt barnskyddslagen

Bestämmelser om skyldighet att göra en anmälan när omständigheterna förutsätter att behovet av barnskydd utreds, åtgärder för att ge akt på och främja barns och unga personers välfärd genom samarbete mellan de kommunala myndigheterna, beaktande av barn i den service som riktar sig till vuxna och uppgörande av en plan för att främja barns och unga personers välfärd samt ordna och utveckla barnskyddet finns i barnskyddslagen (417/2007).

Bestämmelsen innehåller hänvisningar till paragraferna i barnskyddslagen, och det är nödvändigt att inom hälsovården känna till dessa paragrafer när samarbetet mellan kommunens myndigheter stärks för främjande av barnens och ungdomarnas välbefinnande. I 25 § i lagen föreskrivs om anmälningsskyldigheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som är anställda inom hälso- och sjukvården. Fast barnskyddslagen har varit i kraft sedan början av 2008 har tillämpning av bestämmelsen i praktiken varit svårt för anställda inom hälsovården. Syftet med bestämmelsen är att betona den lagstadgade anmälningsskyldigheten som det föreskrivs om i barnskyddslagen (se även Identifiering av behov av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd, 13 §).

Lagens 7 § förpliktar de kommunala myndigheterna att i samarbete ge akt på och främja barns och unga personers välfärd. Kommunala organ som ansvarar för socialvården och de övriga kommunala myndigheterna ska i samarbete ge akt på och främja barns och unga personers välfärd samt avhjälpa och förebygga missförhållanden i uppväxtförhållandena. Det organ som ansvarar för socialvården ska förmedla information om barns och ungdomars uppväxtförhållanden och sociala problem samt ge sakkunnighjälp till andra myndigheter liksom till kommunens invånare och gemenskap som verkar i kommunen.

Lagens 10 § förpliktar att barn ska beaktas i service som riktar sig till vuxna. När vuxna får missbrukarvårds- eller mentalvårdstjänster eller andra social- och hälsovårdstjänster och hans eller hennes förmåga att under denna tid fullt ut svara för barnets vård och fostran anses försvagad, eller när den vuxna är häktad, eller avtjänar ett fängelsestraff ska barnets behov av vård och stöd utredas och barnet garanteras tillräcklig vård och tillräckligt stöd. Social- och hälsovårdsmyndigheterna ska vid behov ordna tjänster som är nödvändiga för att gravida kvinnor och deras ofödda barn ska ges särskilt skydd. Bestämmelsen gäller i synnerhet stödjande av kvinnor som använder alkohol och narkotika.

I 12 § i barnskyddslagen förpliktas att kommunen eller flera kommuner tillsammans ska göra upp en plan över kommunens eller kommunernas verksamhet för att främja barns och unga personers välfärd samt ordna och utveckla barnskyddet. Finlands Kommunförbund har utarbetat en handbok

i två delar om utarbetande av en välfärdsplan för barn och unga (Opas lasten hyvinvointisuunnitelmiin laatimisesta 2009, Finlands Kommunförbund 2009 a och b). Planen ska innehålla uppgifter om

- 1) barns och unga personers uppväxtförhållanden och välfärdssituation,
- 2) åtgärder och tjänster som främjar barns och unga personers välfärd och förebygger problem,
- 3) behovet av barnskydd i kommunen,
- 4) resurser som skall reserveras för barnskyddet,
- 5) tillgängligt servicesystem inom barnskyddet för skötseln av uppgifter enligt barnskyddslagen,
- 6) ordnande av samarbete mellan olika myndigheter samt sammanslutningar och anstalter som producerar tjänster för barn och unga.

Det är fråga om en betydande lagstadgad plan med vilken verksamheten inom kommunens olika instanser samlas ihop och styrs medvetet till främjande av barnens, ungas och familjernas välfärd i kommunerna.

Social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd har förberett anvisningar som ges ut i början av 2010 för samarbete mellan hälsovården och socialväsendet i fråga om tillämpning av barnskyddslagen.

19 § Ikraftträdande

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2009. Kommunerna är skyldiga att ordna återkommande hälsoundersökningar enligt 9 och 10 § från och med den 1 januari 2011. Åtgärder som verkställigheten av förordningen förutsätter får vidtas innan förordningen träder i kraft.

Bestämmelserna om återkommande hälsoundersökningar träder i kraft senare än andra bestämmelser så att kommunerna ska ha tid att ordna hälsoundersökningarna så att de är enhetliga med förordningen och vid behov rekrytera fler läkare och hälsovårdare.

3 ANNAT ATT BEAKTA VID VERKSTÄLLENDET AV FÖRORDNINGEN

3.1 JOURNALHANDLINGAR

Med journalhandlingar avses enligt 2 § 5 mom. i patientlagen handlingar som används, utarbetats eller inkommit vid vård av patient, eller tekniska dokument, som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter. I social- och hälsoministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009) ingår centrala bestämmelser om bl.a. upprättandet av journalhandlingar, vilka uppgifter journalhandlingarna ska innehålla, lagringstiden för journalhandlingar samt övrig lagring.

Journalhandlingarnas uppgift är framförallt att vara till hjälp vid planering och genomförande av patientens vård och vid främjandet av kontinuiteten i vården. Dessutom är de viktiga för patientens rätt till information och för rättssäkerheten, samt likaså för personalens rättssäkerhet. Journalhandlingarnas uppgifter används bl.a. för påminnelser till patienten, klagomål och försäkringsförmåner och andra förmåner. Med de uppgifter som finns i journalhandlingarna bedöms vid behov ändamålsenligheten i yrkesverksamheten hos de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltagit i vården av patienter. De har också betydelse för forskning, administration, planering och undervisning inom hälso- och sjukvården.

Anteckning av patientuppgifter

Enligt patientlagen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården anteckna tillräckligt omfattande uppgifter för att säkerställa att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp. Med vård av patienten avses hälso- och sjukvård. I anteckningarna i journalhandlingarna ska informationskällan framgå om uppgiften inte baserar sig på en yrkesutbildad persons egna observationer vid undersökning, eller om det i journalhandlingarna antecknas andra uppgifter än sådana som rör patienten (förordning om journalhandlingar 7 §).

Enligt 6 § i förordningen om journalhandlingar får anteckningar i journalhandlingarna göras av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av patienten samt i enlighet med deras anvisningar också andra personer till den del de deltar i vården av patienten, som t.ex. en socialarbetare på det s.k. socialarbetsbladet. Bestämmelsen gäller alla som deltar i vården. För att göra anteckningar krävs det alltid anvisningar av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Dessutom bör det nog övervägas vem som tilldelas användarrättigheter till journalhandlingarna. Om det på grund av en kartläggning av patientens livssituation eller

en annan motsvarande orsak är nödvändigt att med tanke på vården föra in detaljerade känsliga uppgifter som en annan person berättat om sig själv eller sin livssituation, ska dessa uppgifter antecknas i en separat handling i anslutning till patientens servicehändelse, om det inte med beaktande av patientanteckningarna i sin helhet är motiverat att föra in dessa uppgifter på annat sätt (förordningen om journalhandlingar 7 §). Om det är befogat att föra in de nämnda känsliga uppgifter som en annan person berättat om sig på annat sätt med beaktande av handlingen i sin helhet tillåter bestämmelserna i förordningen detta.

I till exempel ett barns hälsojournal kan antecknade uppgifter om bakgrundsfakta om barnets föräldrar innehålla bland annat uppgifter om sjukdomshistoria. Vid beaktande av helheten i sådana handlingar är det inte alltid ändamålsenligt att rycka loss endast vissa delar till en annan handling. Den nämnda bestämmelsen i förordningen gäller journalhandlingar i såväl elektronisk form som pappersform.

Enligt 15 § 1 mom. i förordningen om journalhandlingar ska den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som bär ansvar för vården göra anteckningar i patientjournalen om sådana telefonförhandlingar som är av betydelse för patientens diagnos eller vård samt om andra liknande konsultationer och vårdförhandlingar. Av anteckningarna ska framgå tidpunkten för konsultationen eller förhandlingen, de personer som deltagit i behandlingen av ärendet samt de avgöranden som fattats och hur de genomförts.

Hantering av journalhandlingar

Patient- och hälsojournalerna samt andra patienthandlingar lagras i personregister vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård enligt ändamål. Hanteringen av patienthandlingar ska alltid vara noggrann och sakligt grundad med tanke på verksamheten och registret. Inom kommunal rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård är hälsovårdscentralen registeransvarig för journalhandlingarna.

Enligt 4 § i förordningen om journalhandlingar får de som deltar i vården av en patient eller i anslutande uppgifter hantera journalhandlingar endast i den omfattning som deras arbetsuppgifter och ansvar förutsätter. Rätten för dem som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård att använda uppgifterna i journalhandlingar ska anges detaljerat. Ett elektroniskt patientdatasystem ska inbegripa ett system för kontroll av användarrättigheterna. Med hjälp av kontrollsystemet kan varje användare tilldelas sådana användarrättigheter till journalhandlingarna och de olika funktionerna i patientdatasystemet som motsvarar användarens arbetsuppgifter.

Vid flyttning av patienthandlingarna till exempel när barn, unga eller deras familjer flyttar behövs vårdnadshavarens skriftliga tillstånd. När det gäller unga räcker det med den ungas eget medgivande, om denne utgående från ålder och utvecklingsnivå själv kan fatta beslut om sin vård.

När uppgifter från patienthandlingarna lämnas ska en anteckning om detta göras i patienthandlingarna. Av anteckningarna ska det framgå när och

vilka uppgifter som lämnats, till vem de lämnats och vem som har lämnat dem, samt om utlämnandet har baserat sig på ett skriftligt, muntligt eller något medgivande som framgår av sammanhanget eller på lagen. En anteckning görs också i en sådan situation då patienten inte ger tillstånd till att uppgifter lämnas.

Ledningen för vårdcentralen svarar för noggrannare instruktioner om metoderna som ska följas vid lämnandet av uppgifter i patienthandlingarna och vem som vid behov har ansvaret för detta.

3.2 CENTRALA BESTÄMMELSER OM INTEGRITETSSKYDD VID KLIENTARBETE OCH SAMARBETE

Grundlagen tryggar privatlivets skydd, vilket är en central förutsättning för ett förtroendefullt klientarbete inom hälso- och sjukvården. Privatlivets skydd kan enligt grundlagen brytas under stränga villkor bara med stöd av bestämmelser på lägnivå. Hälsovårdens integritetsskydd regleras i otaliga olika lagar. När det gäller publicering är följande lagar centrala:

- Grundlagens bestämmelse rörande privatlivet (2 kap. 10 §)
- Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, patientlagen)
- Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)
- Arkivlagen (831/1994)
- Personuppgiftslagen (523/1999)
- Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999, offentlighetslagen)
- Lagen om dataskydd vid elektronisk kommunikation (516/2004)
- Social- och hälsoministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009, förordningen om journalhandlingar)

Skyldighet att iaktta sekretess

Inom hälso- och sjukvården antecknas i patienthandlingarna uppgifter som rör klientens hälsotillstånd, sjukdomar, invaliditet, behandlingar och jämförbara åtgärder. Enligt offentlighetslagen gäller sekretess om sådana uppgifter oberoende av i vilken myndighets handlingar dessa ingår. Enligt personuppgiftslagen är de känsliga och hanteringen av sådana uppgifter är i princip förbjuden. Yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården och verksamhetsenheterna har med villkor som bestäms i lagen rätt att hantera känsliga uppgifter som är nödvändiga vid vård av patienten.

I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården regleras att yrkesutbildade personer inte för en utomstående får avslöja en privatpersons eller familjs hemlighet, som denne på grund av sin ställning eller sitt uppdrag har fått uppgifter om. Enligt patientlagen ska patienthandlingarna hemlighållas. Uppgifter från handlingarna får inte lämnas till utomstående utan patientens skriftliga samtycke. **Med utomstående** avses andra än i be-

hörig verksamhetsenhet (i hälsocentralen), eller personer på annat håll som av den behöriga verksamhetsenheten fått i uppdrag att vårda patienten.

Patienthandlingarna omfattas av **handlingssekretess**. Handlingssekretessen innebär att sekretessbelagda handlingar eller kopior av dem inte får visas eller överlämnas till utomstående, inte heller lämnas ut med hjälp av teknisk anslutning eller användas på annat sätt. Med kopior avses också elektroniska utskrifter. Handlingssekretessen kan också brytas passivt, till exempel genom att lämna en handling med patientuppgifter eller datorns bildskärm synlig för utomstående i mottagningsrummet.

Med handlingar avses förutom traditionella handlingar i pappersform, också bl.a. elektroniska dokument med patientuppgifter, videoband, andra bild- och ljudupptagningar, och patientjournalerna består nuförtiden i allmänhet av handlingar av olika slag.

Sekretessen innebär förbud att för utomstående avslöja sådan information som när den antecknats i handlingen är eller ska vara sekretessbelagd. Tystnadsplikten täcker också uppgifter och observationer om patienten som inte har antecknats. Tystnadsplikten kan brytas på många sätt: genom att aktivt berätta för någon om sekretessbelagda uppgifter, genom att nicka eller skaka på huvudet som svar på en fråga eller med gester och miner.

Sekretessen rör på samma sätt dem som får sekretessbelagda patientuppgifter i tjänste- eller arbetsförhållanden, som förtroendepersoner, studerande, som gör civiltjänst, som praktikanter eller som volontärer inom hälso- och sjukvården, eller som arbetar på uppdrag av eller för hälso- och sjukvårdens verksamhetsenhet (hälsocentral). Tystnadsplikten fortsätter efter att tjänste- eller anställningsförhållandet eller något annat uppdrag har tagit slut.

Avvikelse från sekretessen

Tidigare i texten har hälso- och sjukvårdspersonalens plikt att skydda patientuppgifter från utomstående betonats. Men det finns situationer där det är nödvändigt att avvika från sekretessen till förmån för någon person eller för rättigheter eller till förmån för allmänt intresse. För dessa avvikande situationer finns det speciella bestämmelser i de tidigare nämnda lagarna om dataskydd inom hälso- och sjukvården.

I många speciallagar finns det dessutom bestämmelser som ger stöd till att patientuppgifter kan – eller ibland är det en ovillkorlig plikt – lämnas ut utan klientens samtycke eller mot dennes uttryckliga förbud. Sekretessen innebär sålunda inte sekretessrätt, utan riksdagen har då lagarna i fråga har stiftats tagit ställning till prioriteringsordningen när det gäller förmåner och rättigheter som står i konflikt med varandra.

Av förordningens temaområden är följande bestämmelser de viktigaste. I dessa krävs att patientuppgifter lämnas ut utan att sekretessen kan förhindra det:

- Lagen om grundläggande utbildning (628/1998) 40 § 2 mom.
(Till bestämmelserna om dataskydd i lagen om grundläggande utbildning har föreslagits ändringar (RP 109/2009). Godkännandet av ändringen beror på behandlingen i riksdagen.)
- Gymnasielagen (629/1998) 32 §
- Lagen om yrkesutbildning (630/1998) 42 §
- Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000, socialvårdens klientlag, 20 § plikt att lämna uppgifter och utredningar, 22 § plikt att ge handräckning och i samband med detta också nödvändiga sekretessbelagda uppgifter)
- Barnskyddslagen (417/2007) 25 § Anmälningssplikt
- Lagen om intressebevakning (889/1999) 90 § plikt att lämna ut uppgifter, 91 § rätt att till magistraten göra en anmälan om en person (barn eller vuxen) som behöver en intressebevakare
- Lagen om verkställighet av beslut beträffande vårdnad om barn och umgängesrätt <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1996/19960619> (619/1996), 8 § 4mom., skyldighet att lämna uppgifter till medlare

De nämnda bestämmelserna kan ge stöd till att patienthandlingarna (kopior) helt eller delvis lämnas ut som sådana, att utlåtande ges med dem som grund, uppgifter lämnas muntligt och konsuleringshjälp m.m.

Avvikelser från tystnadsplikten kan göras av samma orsak som vid handlingssekretessen. Sålunda har myndigheterna möjlighet att i samarbetsituationer diskutera också om tystnadspliktsbelagda ärenden som inte ingår i handlingarna, om samma uppgifter kan lämnas skriftligt till den andra parten.

Samtycke för utlämnande av uppgifter

Enligt 13 § 3 mom. i patientlagen kan patientuppgifter lämnas till utomstående utan patientens samtycke bara med stöd av bestämmelser på lagnivå.

För att personens viljeyttring ska kunna tolkas som ett pålitligt tillstånd ska det ges av fri vilja och preciseras tillräckligt vilka uppgifter, med vilken avsikt och vart uppgifter ska lämnas. Sålunda uppfylls inte kännetecknen för ett medvetet samtycke till exempel då ett samtycke att lämna ut vilka som helst patientuppgifter i framtiden till vem som helst och när som helst i förväg har getts till rådgivningen. I till exempel barnskyddssituationer kan klienten, för att sköta barnskyddsärendet, däremot giltigt ge rådgivningen tillstånd att lämna ut viktig information till dagvård, skola och barnskydd i framtiden också.

Tillståndet att lämna ut patientuppgifter inom hälso- och sjukvården ska i regel vara **skriftligt** (patientlagen 13 § mom. 2). Med ett **muntligt** samtycke eller med ett samtycke som uttrycks på annat sätt i sammanhanget kan lämnas

- nödvändiga uppgifter till en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller till en yrkesutbildad person i hälso- och sjukvården, för att ordna undersökningar eller vård av patienten, och
- en sammanfattning om vården till den verksamhetsenhet eller yrkesutbildade person som har sänt patienten för vård (13 § 3 mom.).

För att vara giltigt ska också ett samtycke som uttrycks på annat sätt vara frivilligt och personen ska vara medveten om att uppgifter lämnas, till vem de lämnas, vilka uppgifter som lämnas samt avsikten med och innebörden av de uppgifter som lämnas (13 § 5 mom.).

Enligt patientlagen är det patienten själv som ger sitt samtycke. För en minderårig patient är det barnets vårdnadshavare eller någon annan laglig representant som ger sitt samtycke, om den minderårige inte själv kan bedöma betydelsen av att ge sitt samtycke. Detta måste den person som är ansvarig för utlämnandet avgöra. Vid bedömningen kan 9 § 2 mom. i patientlagen användas. Enligt denna har den minderårige rätt att förbjuda att patientuppgifter utlämnas till vårdnadshavaren, om den minderårige är mogen att besluta om vård enligt 7 § 1 mom. i patientlagen. Det är klart att vårdnadshavaren inte kan ge sitt samtycke till utlämnande av sådana uppgifter som den minderårige har förbjudit vårdnadshavaren att få del av.

I patientlagen framhävs patientens självbestämmanderätt. I förordningen däremot betonas betydelsen av öppenhet i den förebyggande hälso- och sjukvården. För att uppnå dessa mål och för att bevara förtroendet är det ofta skäl att be om patientens samtycke också i de situationer där uppgiftslämnandet grundar sig på lagen. I sådana fall kan ändå inte ett förbud av patienten eller dennes lagliga representant förhindra att uppgifter lämnas.

Som exempel tar vi en situation där skolans hälsovårdare överväger ett samarbete med barnskyddet. Fastän barnet eller vårdnadshavaren vid förfrågan inte skulle godkänna ett samarbete ska en anmälan om barnskydd göras om det krävs i barnskyddslagen. Å andra sidan finns det situationer där ärendet är brådskande (till exempel då vårdnadshavaren är kraftigt berusad) eller någon annan orsak (till exempel rädsla för att vårdnadshavaren gömmer barnet eller förorsakar barnet skada). I sådana fall kan det nämligen vara befogat att göra en anmälan utan att informera vårdnadshavaren eller barnet i förväg.

När det gäller situationer där något organ som har rätt att få uppgifter ber hälso- och sjukvården om dem, finns det skäl att i förväg kräva begäran om utlämnande skriftligt och motiverat. I denna begäran ska framgå patientens skriftliga samtycke eller bestämmelse som utlämnandet grundar sig på, samt en tillräckligt omfattande beskrivning av situationen och uppgiftsbehovet. Så kan den som lämnar uppgifterna försäkra sig om att det sker enligt lagen, och bedöma vilka uppgifter som den som begär dem behöver och har rätt att få. I nödfall kan speciellt brådskande ärenden kräva flexibilitet.

Rätt att få uppgifter om sig själv eller sitt minderåriga barn

Bestämmelser om dataskydd och patientens rättsskydd berättigar patienten att få uppgifter om journalhandlingar som gäller honom eller henne själv. Sådana bestämmelser ingår i både personuppgiftslagen som gäller för den privata och offentliga hälsovården och lagen om offentlighet i myndigheters verksamhet som gäller för hälsovård som ordnas av en myndighet. Även hälsovård som ordnas som köpt tjänst eller med servicesedlar eller på ett annat sätt ordnats för myndigheten anses vara ordnad av myndigheten, även om den privata hälsovården skulle producera tjänsten.

Enligt 26 § i **personuppgiftslagen** har patienten rätt att kontrollera uppgifter som skrivits ner om honom eller henne i journalhandlingar. Begäran om rätt att kontrollera uppgifterna ska tillställas en läkare eller en annan yrkesutbildad person inom hälsovården.

Rätt att kontrollera uppgifterna har förutom den minderåriga själv, även barnets eller den unga personens vårdnadshavare eller en annan laglig representant inom ramen för sina befogenheter. Till den del en minderårig patient som kan fatta beslut om vården förbjuder att patientuppgifter ges till hans eller hennes vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare enligt 9 § 2 mom. i patientlagen, har dock han eller hon inte rätt att kontrollera journalhandlingarna.

I 27 § i personuppgiftslagen har skrivits orsaker då rätten till insyn kan inskränkas. I praktiken är den viktigaste orsaken till att rätten till insyn av patientuppgifter inskränks om informationen kan medföra allvarlig fara för den registrerades hälsa eller vård eller för någon annans rättigheter. Så är det till exempel i situationer då barnet har berättat negativa saker för hälsovårdaren om en allvarligt sjuk eller våldsam förälder och om det är sannolikt att föräldern kan skada den minderåriga eller bryta kontakten med honom eller henne efter att ha fått uppgifterna. Situationen kan också vara den motsatta om föräldern eller en annan närstående till en psykiskt sjuk eller våldsam minderårig har berättat ofördelaktigheter. Principen om barnets bästa bör alltid beaktas i situationen och detta gäller all myndighetsverksamhet.

I 29 § i personuppgiftslagen föreskrivs om **rättelse av en uppgift** och om förfarande som ska efterföljas. Patienten har enligt bestämmelsen rätt att yrka på rättelse av en oriktig eller bristfällig personuppgift.

Om den registeransvarige inte godkänner den registrerades yrkande på rättelse av en uppgift, skall han ge ett skriftligt intyg om detta. I intyget skall också nämnas skälen till att yrkandet inte har godkänts. Om den registeransvarige inte inom tre månader efter att begäran framställts har gett den registrerade ett skriftligt svar, jämfställs detta med att insyn har förvägrats. Till god förvaltningssed hör att informera den registrerade om möjligheten att dataombudsmannen ska behandla ärendet.

Bestämmelser om rätten till insyn och förvägrande av det, yrkan på rättelse och verkställande av dessa finns i 26–29 § i personuppgiftslagen. Information om detta finns även på webbplatsen tietosuoja.fi.

Med stöd av **12 § i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet** har alla rätt att ta del av en myndighetshandling som gäller en själv. Denna rätt kan begränsas med stöd av 11 § 2 och 3 mom. i lagen. Utav dessa är de viktigaste orsakerna som avses i 11 § 2 mom.:

- när utlämnande av uppgifter ur handlingen skulle strida mot ett synnerligen viktigt allmänt intresse, ett barns intresse eller ett annat synnerligen viktigt enskilt intresse (1 punkten), samt
- när det är fråga om sekretessbelagd adress-, telefon- och annan motsvarande kontaktinformation (7 punkten).

Om tjänsteinnehavaren som beslutar om utlämnande av uppgifter anser att den som yrkar inte alls kan få eller inte alla uppgifter han eller hon yrkat om ska detta meddelas honom eller henne. Om den som yrkat så vill ska han eller hon informeras om möjligheten att göra en skriftlig begäran, då också svaret ska vara skriftligt och innehålla skäl till att yrkandet inte har godkänts. Beslutet kan överklagas hos förvaltningsdomstolen, och man ska bifoga information om ändringssökandet i beslutet. Bestämmelser om utlämnandet av uppgifter ingår i 4 kap. i offentlighetslagen.

Även en minderårig har med stöd av offentlighetslagen rätt att få uppgifter om sig själv. Emellertid har först den som fyllt 15 år rätt att självständigt anhängiggöra skriftlig ansökan och besvär rätt. Vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare har inte rätt att få uppgifter om en minderårigs journalhandlingar till den del som den minderåriga med stöd av 9 § 2 mom. i patientlagen har förbjudit att ge dem.

Ytterligare information

- Webbplatsen för dataombudsmannens byrå www.tietosuoja.fi: tidningen Tietosuoja
- Webbplatsen för Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira: www.valvira.fi: Ohjaus ja valvonta/terveydenhuolto/potilaan oikeudet, potilasasiakirjat, salassapito
- Närmare anvisningar om tillämpning av förordningen om journalhandlingar kan läsas i SHM:s publikation som blir färdig under 2010

Klientens ställning, dataskydd och utlämning av uppgifter har även behandlats i följande handböcker:

- Barnrådgivningshandboken (SHM 2004a), kapitel 3.8
- Handboken Skolhälsovården (Stakes 2002)
- Handboken för studerandehälsovården (SHM 2006b), kapitel 11

3.3 PERSONALENS TILLRÄCKLIGHET OCH KUNNANDE

Dimensionering

Förordningen reglerar hälsovårdarnas och läkarnas verksamhet när det gäller förebyggande tjänster för barn och ungdomar. Förordningen innehåller inga bestämmelser om personaldimensioneringen av dessa yrkespersoner. De alltså gällande rekommendationerna för personaldimensioneringen ingår i handböcker och rekommendationer utgivna åren 2002–2006 och vilka utgör grunden för förordningen (Tabell 6). Det förebyggande arbetets innehåll som regleras genom förordningen är likadant som innehållet i handböckerna, med stöd av vilket dimensioneringen är beräknad. Utgångspunkten för verkställandet av förordningen är sålunda en personalstyrka som är i enlighet med rekommendationerna. När man uppskattar behovet av hälsovårdare och läkare är det nödvändigt att ta hänsyn till faktorer som påverkar dimensioneringen (Tabell 6). På många orter har antalet invandrare och personer som behöver särskilt stöd ökat. Detta ökar behovet av arbetskraft.

Siffrorna i dimensioneringsrekommendationerna är kalkylmässiga. Om en person arbetar inom fler än en sektor, t.ex. en hälsovårdare som arbetar hälften av arbetstiden inom barnrådgivningen och andra hälften inom skolhälsovården, kan han eller hon ha högst 200 barn under skolåldern och 300 elever. Att arbeta inom fler sektorer verkar minska på antalet klienter bl. a. på grund av upprätthållandet av kunnandet. Andra faktorer som minskar antalet klienter är flera verksamhetsställen och bristen på andra tjänster (mental hälsa, missbrukarvård).

Tabell 6. Handböckernas rekommendationer för dimensioneringen av personalstyrkan samt faktorer som inverkar på personaldimensioneringen

Verksamhetssektor och källa	Rekommendation till dimensioneringen av personalstyrkan (kalkylmässig)	Övriga faktorer som verkar på dimensioneringen av personalstyrkan
Rådgivningsbyrå SHM 2004a	400 barn/hälsovårdare om det finns en vikarie, 340 barn om ingen vikarie finns 2 800 barn/läkare om det finns en vikarie och 2 400 barn/läkare, när ingen vikarie finns	Antalet barn bör vara lägre om hälsovårdaren arbetar inom fler än två sektorer, om det bor många invandrare i området eller familjer som är i behov av särskilt stöd.
Skolhälsovården Stakes 2002. SHM 2004b	600 elever/hälsovårdare 2 100 elever/läkare eller 1 arbetsdag i veckan på 500 barn	Lokala förhållanden, samarbete samt det krävande psykosociala arbetet, antalet elever som behöver särskilt stöd, antalet skolor samt tillgång till skolpsykolog och skolkurator
Studerandehälsovården SHM2006b	Gymnasier och yrkesläroanstalter: 600–800 studerande/hälsovårdare Yrkehögskolor och universitet: 800–1 000 studerande/hälsovårdare 2 500–3 000 studerande/läkare då ingen vikarie finns	Antalet studerande ska vara lägre om hälsovårdaren arbetar på fler än ett verksamhetsställe, om studenthälsovården inte har tillräckligt med psykologer eller andra hälso- och socialvårdsarbetare, till arbetspar har inte en läkare för studenthälsovård utsetts

Inom mun- och tandvården finns inte kalkylmässiga underlag för särskilda dimensioneringar för förverkligandet av hälsotjänster. Utgångspunkten för förordningen är att en tillräckligt stor personalstyrka garanteras för att kunna verkställa de i förordningen reglerade periodiska mun- och tandvårdsundersökningarna och förebyggande tjänsterna samt mun- och tandvårdsundersökningar och vårdtjänster enligt individuella behov. Detta förutsätter en noggrann planering och uppföljning av verksamheten. Redogörelserna har visat stora skillnader i tjänsterna som gäller mun- och tandvården för barn och ungdomar samt i anvisningen av resurser. I synnerhet har verksamheten riktad mot väntande familjer varit ringa.

För mödrarådgivningen finns inte några officiellt gällande rekommendationer beträffande dimensioneringen av personalstyrkan. Som utgångspunkt har man haft medicinalstyrelsens och organisationernas rekommendationer. Dimensioneringsrekommendationer för rådgivningsbyråerna ska inkluderas i anvisningarna som ska uppdateras senare.

Exakt information om antalet hälsovårdare och läkare som arbetar i förordningsenliga tjänster finns inte på grund av bristfälliga uppföljningssystem. Med stöd av redogörelserna vet man dock att det på många hälsocentraler finns för få hälsovårdare och läkare i rådgivningsbyråerna samt inom skol- och studerandehälsovården i jämförelse med rekommendationerna. Störst är bristen inom studerandehälsovården, näst störst inom skolhälsovården, bristen är minst i rådgivningsbyråerna (Hakulinen-Viitanen m fl. 2008, Rimpelä m fl. 2008).

Behovet

Räknat med stöd av rekommendationerna (Tabell 7) för dimensioneringen av personalen behövs i Finland för förordningsenliga förebyggande hälsotjänster för barn och ungdomar minst ca 3 445 hälsovårdare och 663 läkare (Tabell 7). I tabellen ingår inte siffror angående universitetsstudier och deras tjänster. Det finns inget behov att öka förebyggande tjänster för dem.

Storleken på befolkningen som använder tjänsterna inom mödra- och barnrådgivningen samt skol- och studerandehälsovården uppgår till nästan 1,5 miljoner (Tabell 7). I denna siffra ingår inte vare sig maken inom mödravården eller barnens föräldrar inom barnrådgivningen och inom skolhälsovården, vilkas antal försiktigt uppskattat är minst en miljon personer. De omfattande hälsoundersökningarna torde öka antalet föräldrar och vårdnadshavare som med sina barn söker sig till förebyggande tjänster.

Tabell 7. Utifrån befolkningsmängd och rekommendationer för personaldimensionering är behovet av hälsovårdare och läkare räknat i årsverken i hela landet inom olika verksamhetssektorer (Källa: Rimpelä m fl. 2008)

Verksamhetssektor	Befolkning	Årsverken Hälsovårdare	Årsverken Läkare
Mödrarrådgivning	58 700	734	73
Barnrådgivning	405 500	1 191	169
Skolhälsovård	570 000	951	272
Studerandehälsovård			
– Gymnasier	115 250	192	46
– Yrkesläroanstalter	126 100	210	50
– Yrkehögskolor	133 000	167	53
– Studerandehälsovård totalt	(374 350)	(569)	(149)
Alla sammanlagt	1 408 550	3 445	663

Situationen i hälsocentralerna

Enligt Institutionen för hälsa och välfärds statistik arbetade 6 200 hälsovårdare år 2008 inom den kommunala primärvården och 149 hälsovårdartjänster var lediga (underskottet i arbetskraften 4 %) (Ailasmaa 2009). Antalet hälsovårdare har ökat med 17 % sedan år 2000. Utanför den kommunala sektorn finns flera tusen hälsovårdare, för det finns över 10 000 legitimerade hälsovårdare under 65 år enligt Valvira Terhikki-register. Det finns ca 800 intagningsplatser till hälsovårdarutbildningen varje år. Under åren 2005–2007 har antalet utexaminerade hälsovårdare varierat mellan 579 och 682. Till följd av hälsovårdarnas åldersfördelning kommer ett stort antal hälsovårdare att gå i pension på 2010-talet.

I slutet av år 2009 fanns det ca 3 700 läkartjänster inom primärvården. Underskottet på läkare har lättat under år 2009. I slutet av år 2009 fanns 250 läkartjänster lediga (6,8 %). Underskottet på läkare i hälsocentralerna varierar mellan hälsocentralerna och sjukvårdsdistrikten. (Utredning av läkarsituationen i hälsocentralerna/ Terveyskeskusten lääkitilanne-tutkimus, 2009.) Det utexamineras ca 600 läkare årligen.

I ljuset av siffrorna ovan finns det tillräckligt med hälsovårdare och läkare inom primärvården. Inom primärvården arbetar hälsovårdare i många uppdrag som lämnas utanför förordningen liksom i mottagningsverksamheten, i rådgivningen för förhindrande av graviditet, inom hemsjukvården samt inom förebyggandet och vården av smittsamma sjukdomar (SHM 2005d). Majoriteten av läkarna arbetar på hälsocentralernas mottagningar, och har därtill många andra uppgifter.

I fråga om hälsovårdarna är det en utmanande uppgift att rekrytera dem till den förebyggande hälsovården från den specialiserade sjukvården, från andra branscher, bland dem som befinner sig utanför arbetsmarknaden eller bor utomlands. För att få läkare till hälsocentraler behövs utveckling av arbetsmiljön och större inflytande över arbetet (Vänska och Kangas 2008). Större inflytande över arbetet nås genom att utveckla läkarens befattnings-

beskrivning så att han eller hon i tillräcklig utsträckning kan sätta sig in i rådgivningsarbetet samt i skol- och studerandehälsovården.

Uppföljningssystemen för personalen såväl i kommunerna som på nationell nivå är bristfälliga för närvarande. Från den nationella statistiken kan information hämtas om det totala antalet hälsovårdare och läkare som arbetar inom primärvården men inte om deras andel inom rådgivningsarbetet eller inom skol- och studerandehälsovården. Denna information kan fås endast från tvärsnittsstudier. I fortsättningen är det nödvändigt att utveckla ett tillräckligt finfördelat uppföljningssystem för personalkraften för lokal, regional och nationell användning.

Utbildning

Förordningens förpliktelser ökar kraven på hälsovårdarens, barnmorskans och läkarens samt mun- och tandvårdspersonalens arbete och också behovet att utveckla deras kunnande. Det beror på personalens kunskaper och kunnande, hur väl förordningens syfte, anda och bestämmelser kan förverkligas och befolkningens behov uppfyllas. Målet är att förpliktelserna i förordningen tas i beaktande exempelvis i personalgruppernas grundutbildning, i specialiseringsstudier samt i fort- och vidareutbildningen. Exempel på tillgänglig och nödvändig fortbildning finns i tabell 8.

Det är nödvändigt att ordna *specialiseringsstudier* för hälsovårdare i rådgivningsarbete samt skol- och studerandehälsovård. Specialiseringsstudier utgörs av yrkesinriktad fort- och vidareutbildning. Många experter anser att skol- och studerandehälsovården och de unga som omfattas av dem har så stora skillnader, att skol- och studerandehälsovården borde ha egna separata specialiseringsstudier. Som en möjlighet till specialiseringsstudier bör man erbjuda möjlighet att avlägga skraddarsydda studier om aktuella teman, som är uppbyggda av flera moduler och utgår ifrån individuella behov i arbetslivet. Sådana är t.ex. familjevårdsarbete, mentalvårdsarbete, missbrukarvård, gruppmetoder. Den studerande kan välja de moduler han eller hon behöver och studera dem under en längre tidsperiod. Ett annat alternativ är att ordna specialiseringsstudier som sammanhängande studier på heltid. Även behovet att utveckla studier som leder till specialkompetens ska avvägas.

Som en ny möjlighet ordnas i yrkeshögskolorna *en utbildning liknande läroavtalsutbildningen* som vidareutbildning för kommunens eller enhetens behov.

Tabell 8. Exempel på tillgänglig och behövlig vidareutbildning

Tema	Kommentarer
Tidig växelverkan	Målet är att inkludera det i grundutbildningen för alla hälsovårdare och barnmorskor. Kommuner och yrkeshögskolor ordnar vidareutbildning. Institutet för hälsa och välfärd och Tammerfors universitet ordnar utbildarutbildning vid behov. Nästa utbildning år 2010.
Stödandet av barnets och familjens psykosociala välfärd	Utbildning ska planeras
Bedömning av barnets psykosociala utveckling	Blanketterna (LAPS-blanketten och Vahvuudet ja vaikeudet-blanketten) tas i bruk som en del av Kaste-programmets projekt. Att använda blanketterna förutsätter utbildning
Bedömning av barnets neurologiska utveckling	Alla hälsovårdare och läkare som arbetar på rådgivningsbyråerna behöver utbildning. Målet är att få med temat i grundutbildningen. Dessutom behövs vidareutbildning. Fler utbildare behövs. Ansvarig för utbildningen är bl.a. Niilo Mäki-institutet.
Igenkännandet av behovet av särskilt stöd och ordnandet av stödet för barn, unga och familjer	Det behövs allmän utbildning som syftar till multiprofessionellt samarbete samt utbildning kring valda teman.
Att ta upp bekymmer till diskussion	Institutet för hälsa och välfärd utbildar utbildare kring temat "att ta upp bekymmer till diskussion tals". Dessa utbildar arbetsenheter i den egna kommunen till att ta upp bekymmer till diskussion respektfullt och erbjuda stöd.
Fungerande barn & familj: Tala om barn, Barnfamiljsrådslag	Institutet för hälsa och välfärd ordnar utbildningar av olika omfattningar och på olika nivåer också för primärvården.
Harmonisering av mätningar, undersökningar och förfrågningar i samband med rådgivningsbyråns och skolhälsovårdens hälsoundersökningar	Institutet för hälsa och välfärd planerar en utbildarutbildning på basis av en handbok som blir färdig år 2010.
Förebyggandet och minskning av användning av alkohol och narkotika	Audit, miniintervention. Syftet är att få Audit-blanketten till systematisk användning i rådgivningsbyrån samt i skol- och studerandehälsovården.
Näringsrådgivning	Förebyggande av övervikt och fetma.
Stödandet av parförhållande	Väestöliitto ordnar utbildning i mån av möjlighet tillsammans med Institutet för hälsa och välfärd.
Sexuell hälsa	Virtualstudier i sexuell hälsa är tillgängliga (www.amk.fi/seksuaaliterveys). Inom primärvården behövs sexualrådgivare. Flera yrkeshögskolor ordnar utbildningar som ger sexualrådgivarkompetens.
Amningsrådgivarutbildning	För alla som arbetar inom mödra- och barnrådgivningen. Förutsätter utbildandet av amningsutbildare också till hälsocentralerna. Amningsrådgivarutbildarnas nätverk och Metropolia yrkeshögskola svarar för utbildningen. (se THL 2009a)
Ingripande i våld	Utbildning och handledning behövs för att känna igen våld, minska och förebygga det.

En sådan utbildning är planerad bl.a. med tanke på arbete på familjecentral. Nätverket för yrkeshögskolornas familjecentraler (åtta yrkeshögskolor) utvecklar fortbildningar för direktörer, närmaste chefer och anställda. Syftet är att underlätta införandet av den för kommunen passande familjecentralmodellen samt frambringa en ny sorts kunnande för familjecentralverksamhetens behov. Nätverkets verksamhet stöder inrotandet av aktiviteterna enligt Kaste-programmet i vardagens praxis genom att förstärka bl.a. kunskandet hos kommunernas experter inom social-, hälso-, utbildnings- och kulturområdet. Dessutom tas för beslutsfattarna fram nya synvinklar för att

organisera basservicen och för cheferna nya arbetsmetoder för det praktiska verkställandet. Att ordna en utbildning liknande läroavtalsutbildningen för en stor del av hälsovårdarna vid samma hälsocentraler har man goda erfarenheter av t.ex. i Norra Karelen. Utvecklingsarbetena som ingår i studierna kunde utnyttjas direkt i utvecklandet av arbetet i hälsocentralen. Många yrkeshögskolor är beredda att planera skräddarsydda studier för hälsocentralernas behov.

I studierna som leder till högre yrkeshögskoleexamen är det motiverat att rikta hälsofrämjande studier i synnerhet till dem som utför j arbete i barnfamiljer.

För läkare erbjuds specialkompetens i barnrådgivnings- och skolhälsovårdsarbete. Denna behörighet kan fås efter avlagd specialläkarexamen och den beviljas av Finlands Läkarförbund. Den förutsätter minst 2,5 års tilläggsutbildning i vilken ingår förutom praktisk tjänst också teoretisk utbildning och ett skriftligt förhör. Efter att ha nått specialkompetens behärskar läkaren bl. a. metoderna för familjecentrerat arbete och multiprofessionellt samarbete och kan fungera som utvecklare av och expert inom sitt eget område. Den 1.1.2009 hade ca 50 läkare avlagt examen för specialkompetens i barnrådgivning och skolhälsovård. I fortsättningen behöver läkarna behörighet också för studerandehälsovård. Läkarna erbjuds rikligt med vidareutbildning. Det är dock behövt att bedöma om utbudet riktas tillräckligt mycket till förebyggande tjänster för barn, ungdomar och familjer.

I fråga om mun- och tandvård är det viktigt att sköta om tandläkarnas, munhygienisternas och tandskötarnas grund- och vidareutbildning för att förordningsenlig verksamhet förverkligas på avsett sätt. Personalen för mun- och tandvård behöver utbildning bland annat beträffande innehållen i och metoderna för hälsorådgivning.

Författningar och rekommendationer om personalens vidareutbildning förpliktar till uppdatering och kontinuerligt upprätthållande av personalens kunnande. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har en lagstadgad plikt att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården från år 1994. Från och med början av år 2004 trädde förändringarna i folkhälsolagen (992/2003) och i lagen om specialiserad sjukvård (993/2003) i kraft, vilka preciserar förpliktelseerna som gäller yrkesinriktad fortbildning för arbetstare och arbetsgivare inom hälso- och sjukvården. Dessutom föreskrivs genom en förordning av social- och hälsovårdsministeriet (1194/2003) närmare om innehåll, kvalitet, omfattning, organisering, uppföljning och bedömning av fortbildningen. Dessa författningar kompletteras av en riksomfattande rekommendation om fortbildning inom hälso- och sjukvården (SHM 2004d).

Övrig utveckling av kunnandet

Hälsovårdarnas och läkarnas kunnande kan utvecklas också genom att förenhetliga befattningsbeskrivningen enligt rekommendationerna i bl.a. Barnrådgivningsguiden och i handböckerna för studerandehälsovården. Då

skulle läkaren eller hälsovårdaren verka inom en eller två sektorer. I många hälsocentraler har man fått goda erfarenheter av heltidsarbetande läkare på rådgivningsbyrå och skolläkare eller skol- och studerandehälsovårdsläkare. – Vissa hälsocentraler har med goda erfarenheter rekryterat läkare som specialiserat sig i barn- eller ungdomspsykiatri samt psykiatriska sjukskötare till studerandehälsovården.

3.4 UTVECKLANDET AV HÄLSOUPPFÖLJNINGEN HOS BARN OCH UNGDOMAR

I detta kapitel beskrivs situationen med hälsouppföljningen hos barn och ungdomar sådan som den är i början av år 2010. En riksomfattande hälsouppföljning hos barn och ungdomar har utvecklats från år 2006 vid Folkhälsainstitutet (från 1.1.2009 Institutet för hälsa och välfärd) i utvecklingsprojektet för hälsouppföljning bland barn (LATE-projektet, www.ktl.fi/lastenterveysseuranta). I projektet definierades den centrala informationen med tanke på uppföljningen av barns hälsa och man gjorde en pilotundersökning på 10 hälsocentraler. Den under åren 2007–2008 verkställda pilotundersökningen visade att den centrala informationen som behövs i samband med hälsouppföljningen bland barn och ungdomar kan tillräckligt tillförlitligt samlas in direkt från de periodiska hälsoundersökningarna på rådgivningsbyråerna och inom skolhälsovården (Mäki m fl. 2008).

Till följd av erfarenheterna av projektet har en rekommendation getts om genomförandet av en kontinuerlig nationell hälsouppföljning av barn så att man utnyttjar informationen som registreras i samband med hälsoundersökningarna i rådgivningsbyråernas och skolhälsovårdens elektroniska patientdatasystem. Förutsättningen är att innehållen i hälsokontrollerna och de använda metoderna är tillräckligt enhetliga och pålitliga. Nationella handböcker angående barnrådgivningsarbetet, skol- och studerandehälsovård samt förordningen om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt om förebyggande mun- och tandvård hos unga skapar goda förutsättningar till förenande av hälsokontrollernas tidpunkter och innehåll. Dessutom ger LATE-arbetsgruppen på Institutet för hälsa och välfärd år 2010 ut en elektronisk handbok om de centrala mätningar, undersökningar samt förfrågningar som görs i samband med hälsoundersökningarna i rådgivningsbyråerna och skolhälsovården. Avsikten med handboken är att förenhetliga arbetsmetoder, att fungera som stöd vid beslutsfattandet samt att garantera kvaliteten på arbetet i rådgivningsbyråerna och inom skolhälsovården. Förutom författningar och skriftliga anvisningar behövs det utbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen, som planerats och samordnats på riksnivå (se kapitel 3.3). Harmonisering av mätningmetoder och registreringspraxis gör det möjligt att jämföra och statistikföra den insamlade informationen samt uppfölja såväl ett enskilt barns som hela barnbefolkningens hälsotillstånd och välfärd på kommun- och riksnivå.

Att samla in hälsouppföljningsinformation direkt från rådgivningsbyråns och skolhälsovårdens periodiska hälsoundersökningar förutsätter patientdatasystem som möjliggör insamlingen av information. I LATE-projektet har man i samarbete med Finlands Kommunförbund definierat strukturella uppgifter för barnens uppväxt och utveckling för en riksomfattande enhetlig patientjournal (Tabell 9).

Målet har varit att utarbeta nationellt enhetliga definitioner av kunskapsinnehållet för den registrerade informationen i rådgivningsbyrån och inom skolhälsovården. Kärnkunskapsdefinitioner och strukturella kunskapsdefinitioner av barns uppväxt och utveckling finns på Nationella hälsoarkivets (Kanta-arkivets) webbplats: <https://www.kanta.fi/web.fi/maarittelyt-ear-kistolle>. Att föra in strukturellt enhetliga kunskapsdefinitioner i en elektronisk patientjournal och registrera informationen i rådgivningsbyråns och skolhälsovårdens patientjournal enligt kunskapsdefinitionerna är förutsättningen för att hälsouppföljningsuppgifter i fortsättningen kan samlas in direkt från rådgivningsbyråernas och skolhälsovårdens undersökningar. Att registrera informationen i strukturerad form innebär ett enhetligt användande av nomenklaturer, klassifikationer och koder. Enhetligheten i patientjournalernas informationsfält garanteras så att man i den nationella kodtjänsten definierar standardklassifikationer för informationsstrukturerna. De strukturerade kunskapsdefinitionerna av barnens uppväxt och utveckling väntar på handläggning av ledningsgruppen för den nationella kodtjänsten som upprätthålls av Institutet för hälsa och välfärd. Till kodtjänsten har redan lämnats ett förslag bl.a. om FINLOINC-klassifikationer av barnbefolkningens fysiologiska mätningar samt om att överföra blanketter av som man använder i rådgivningsbyrån och inom skolhälsovården till elektronisk form. Avsikten är att fortsätta med utvecklandet av elektroniska patientdatasystem så att datasystemen stöder både patientarbetet och den lokala, regionala och riksomfattande hälsouppföljningen.

Institutet för hälsa och välfärd har bedrivit motsvarande utvecklingsarbete i i syfte att utveckla hälsouppföljningen av de studerand från år 2008 i det s.k. OPTE-projektet. De strukturerade informationsdefinitionerna för studerandehälsovårdens elektroniska patientdatasystem definieras som en del av OPTE-projektet under år 2010.

I arbetsgruppen LATE har centrala hälsoindikatorer för barn definierats och dessa indikatorer utges i hälsosektionen för systemet Vår hälsa (Terveystemme, (www.terveytemme.fi/lastenterveys)) i början av år 2010. Systemet Vår hälsa - erbjuder i fortsättningen centrala uppgifter om barnens hälsa för riksomfattande och regionalt beslutsfattande.

Tabell 9. I samband med hälsoundersökningar av vårdnadshavare och den unga människan i den elektroniska patientjournalen insamlade för hälsouppföljningen centrala strukturerade informationsinnehåll

Kunskapsinnehållen i hälsoundersökningen	Kunskapsinnehåll som samlats in av vårdnadshavare, barnet och människan
Barnets uppväxt (längd, vikt, huvudets omkrets, midjemått skolhälsovården)	Föräldrarnas bedömning av barnets hälsotillstånd. Den unga människans egen bedömning av sitt hälsotillstånd
Barnets hälsotillstånd (bl.a. sjukdomar, symptom, medicinering, blodtryck, puls, mental hälsa)	Barnets sjukdomar och symptom
Sinnesfunktioner (syn, hörsel)	Barnets hälsovanor (näring, sömn, motion, mun- och tandhälsa, rökning i skollåldern och användning av alkohol och narkotika)
Barnets utveckling (neurologisk utveckling, psykosocial utveckling, pubertetsutveckling)	Olyckor
Hållning (skolhälsovården)	Skolgång och stödåtgärder i skolgången
Vaccineringar	Barnets familj (föräldrarnas utbildning och arbete, syskon, boendeform, flyttningar, ungängesarrangemang vid skilsmässa)
Helhetsbedömning av barnets fysiska och psykosociala utveckling (hälsovårdarens eller vårdnadshavarens oro för barnets fysiska hälsotillstånd, psykosociala utveckling och hälsa, vård och uppfostran, familjesituation eller växelverkan mellan barnet och föräldern.	Familjens hälsovanor (näring, motion, rökning, alkoholbruk (AUDIT-förfrågan), andra droger)
	Sjukdomar i familj och nära släkt (bl.a. familjär hyperkolesterolemi, kranskärslssjukdom, diabetes, astma, atopi) och inlärningssvårigheter

4 KOSTNADER FÖR TJÄNSTER ENLIGT FÖRORDNINGEN

4.1 KOSTNADER FÖR FÖREBYGGANDE TJÄNSTER FÖR BARN OCH UNGDOMAR

Uppgifter om totala kostnader för tjänster som omfattas av förordningen har nationellt insamlats i liten utsträckning. Kostnadsuppföljningen av förebyggande tjänster har också i kommunerna varit ringa (t.ex. Hakulinen-Viitanen m.fl. 2005, Rimpelä m.fl. 2008). Enligt Stakes statistik (Hujanen m.fl. 2008) var rådgivningstjänsternas och skol- och studerandehälsovårdens verksamhetsutgifter 2006, beräknade enligt besöksstatistiken, cirka 251 miljoner euro. Kostnaderna för mödrarådgivningen var 67,8, för barnrådgivningen 77,9, för skolhälsovården 86,7 och för studerandehälsovården 18,2 miljoner euro. Även gymnasierna ingår i skolhälsovården.

När kostnaderna beräknades enligt rekommenderad personalstyrka (se kapitel 3.3, se Tabell 6 och 7), blev kostnaderna för hela landet cirka 205 miljoner euro (Rimpelä m.fl. 2008) (Tabell 10). Lönekostnaderna har enligt uppgifter från Kommunala arbetsmarknadsverket (Kommunarbetsgivarna) uppskattats för år 2009 så att de årliga totala lönekostnaderna för hälsovårdare är 40 000 euro och för läkare 101 000 euro.

Tabell 10. Uppskattade lönekostnader för hälsovårdare och läkare baserade på rekommenderad personalstyrka inom rådgivningsarbetet samt skol- och studerandehälsovård 2009.

Verksamhetssektor	Årsverken		Löner milj. euro		Sammanlagt milj. €
	Hälsovårdare	Läkare	Hälsovårdare	Läkare	
Mödrarådgivning	734	73	29,4	7,4	36,8
Barnrådgivning	1 191	169	47,6	17,1	64,7
Skolhälsovård	951	272	38	27,4	65,4
Studerandehälsovård					
– gymnasiet	192	46	7,7	4,7	12,4
– yrkesutbildning	210	50	8,4	5,1	13,5
– yrkeshögskoleutbildning	167	53	6,7	5,4	12,1
Sammanlagt	3 445	663	137,8	67,1	204,9

Enligt arbetsgruppen för studerandehälsovårdens kostnader och anordnande är kostnaderna för anordnande av studerandehälsovården cirka 300 euro per studerande (SHM 2009 b).

I samband med beredningen av förordningen 2008 gjordes en omfattande utredning om kostnaderna för tjänsterna som omfattas av förordningen (Rimpelä m.fl. 2008). 192 hälsovårdscentraler svarade på enkäten. Materialet omfattar 93 % av befolkningen. En tredjedel (71) av hälsovårdscentralerna uppskattade att de 2009 kan arbeta enligt rikstäckande rekommenda-

tioner med nuvarande resurser. Sammanlagt 51 % av hälsovårdscentralerna rapporterade att de redan tillämpar hälsoundersökningar enligt nationella rekommendationer eller bara en aning avvikande från rekommendationerna. Av hälsovårdscentralerna meddelade 105 att de behöver mer resurser, men bara 54 uppskattade summan av tilläggsanslaget, sammanlagt cirka 10 miljoner euro. Genom att anta att dessa hälsovårdscentralers uppskattning kan generaliseras också till de hälsovårdscentraler som det helt saknades uppgifter från eller summan på tilläggsanslaget inte hade uppgetts, blev behovet av tilläggsanslag för hela landet 30 miljoner euro. Största delen av det meddelade behovet av tilläggsanslag hopade sig till cirka tio i huvudsak stora hälsovårdscentraler, där såväl antalet hälsoundersökningar som antalet anställda var under de rekommenderade.

Likasa uppskattas anordnandet av förebyggande mun- och tandvårdstjänster för barn och ungdomar enligt förordningen uppgå till 6,9 miljoner euro beräknat på 2008 års nivå. För mun- och tandvårdstjänster för personer under arton år och studerande samt för familjer som väntar sitt första barn var kostnaderna för kommunala vårdtjänster 164,3 miljoner euro år 2007, och det grundade sig på uppgifter om besök. I uppskattningen ingår såväl förebyggande tjänster som behandling.

I förordningens 9 och 10 § har de förpliktelser som rör periodiska hälsoundersökningar definierats. Uppfyllandet av dessa förpliktelser förutsätter en ökning av personalresurserna för dessa tjänster i de kommuner där hälsoundersökningar inte har gjorts i tillräcklig mängd. När det gäller periodiska hälsoundersökningar träder förordningen i kraft 1.1.2011. Men rekryteringen av personal måste börja under år 2010 så att verksamheten kan börja i full omfattning 1.1.2011.

Innehållet och förpliktelserna i förordningen ökar inte kostnaderna i de kommuner där verksamheten redan har skett enligt nationella anvisningar och rekommendationer. I kommuner där förebyggande tjänster har anordnats bristfälligt innan förordningen träder i kraft blir det kostnader för verkställande av förordningen.

Otillräckliga förebyggande tjänster visar sig i en fortgående ökning av behovet av korrigerande tjänster. Ett exempel är den ständiga ökningen av fosterhemsplacerade barn under 1990- och 2000-talet. År 1991 var sammanlagt 9 000 barn och ungdomar fosterhemsplacerade, 12 000 år 1998 och redan över 16 600 år 2008. Kostnaderna för samhället för dessa var 530 miljoner euro 2007. Den årliga ökningen av fosterhemsplacerade barn har varit 2–5%. Det ökade behovet av tjänster inom barnskyddet påverkas också av många andra faktorer i samhället.

Den utredning som gjordes av Stakes (Rimpelä m.fl. 2008) visade att kostnaderna för förebyggande tjänster och uppföljningen av andra resurser i kommunerna är slumpmässig och delvis bristfällig. I fortsättningen är det nödvändigt att som nationellt samarbete utveckla uppföljningen av kostnader för förebyggande tjänster i kommunerna.

4.2 HÖJNING AV KOMMUNERNAS STATSANDELAR

I statsbudgeten 2010 har statsandelarna för kommunernas basservice höjts med 9 250 000 euro för anordnandet av tjänster enligt förordningen. En lika stor höjning av statsandelen för basservice har föreslagits inom ramen för statsfinanserna 2010–2013 också för 2011. Dessa statsandelar, sammanlagt 18,5 miljoner euro, blir bestående i statsandelarna som kommunen får från och med år 2011. Som grund för beräkningen av kommunernas statsandelar har använts kommunernas meddelanden om behovet av tilläggsfinansiering till rådgivningstjänster samt skol- och studerandehälsovården: 30 miljoner euro. Dessutom beräknas anordnandet av förebyggande mun- och tandvård för barn och ungdomar enligt stadgarna i förordningen kosta 7 miljoner euro. Sålunda uppskattas kommunernas kostnader för utvecklandet av servicen uppgå till 37 miljoner euro. Statsandelen av denna summa är 50 %, det vill säga 18,5 miljoner.

Beräknade statsandelar för hälsovården bestäms av kommunens invånarantal, åldersstruktur, prevalens och dess perifera läge, av dessa främst prevalens och invånarnas åldersstruktur. I genomsnitt är storleken på höjningen av statsandelen för stöd av förordningen cirka 3 euro/invånare.

5 STÖDJANDE AV VERKSTÄLLET AV FÖRORDNINGEN NATIONELLT OCH I KOMMUNERNA

5.1 UTBILDNING OCH INFORMATION

När statsrådet utfärdade förordningen 28.5.2009 började social- och hälsovårdsministeriet informationen om förordningen och utbildningen i samarbete med Finlands Kommunförbund. Under hösten 2009 ordnades en dags utbildning i varje län, sammanlagt sju. Dessutom har föredrag om förordningen hållits på otaliga studiedagar och i facktidningar har det skrivits om den. Publikationen som behandlar grunder och tillämpningsinstruktioner i förordningen är en del av stödjandet av förordningens verkställande.

SHM och Kommunförbundet har också direkt informerat kommunerna om förordningen. SHM sände i oktober 2009 till kommunerna ett brev (Kommuninfo 7/2009, tillgänglig på www.stm.fi/tiedotteet), som adresserades till kommunerna och samkommunerna, ordförande i fullmäktige och kommunstyrelser, social- och hälsovårdsnämnder eller motsvarande förvaltningsorgan samt till ledande tjänsteinnehavare inom social- och hälsovårdsväsendet. Brevet innehöll information om avsikten med förordningen och om de kommande höjningarna av statsandelarna. Dessutom framfördes att kommunerna tar hänsyn till förpliktelserna i förordningen vid beredningen av kommunernas ekonomi- och verksamhetsplan så att verksamheten är enligt förordningen 1.1.2011. Förordningen sändes som bilaga med brevet. Finlands Kommunförbund sände i december 2009 ett cirkulärbrev till kommunerna (31/80/2009) om anordnandet av service enligt förordningen.

5.2 NATIONELL UTVECKLINGSVERKSAMHET

Ett lyckat verkställande av förordningen förutsätter en bred utvecklingsverksamhet, och det är ändamålsenligt och ekonomiskt att förverkliga en stor del av detta nationellt vid Institutet för hälsa och välfärd. I utvecklingsarbetet utnyttjas och tas hänsyn till arbetet som görs i Kaste-programmet och harmonisering av god praxis. Även Kaste-programmets planer för barn, unga och familjer fungerar som utvecklingsnätverk för ny praxis och främjar utbredningen. Exempel på ämnen som förutsätter utveckling finns i Tabell 11.

Tabell 11. Exempel på behovet av nationell utvecklingsverksamhet vid THL

Tema	Specificerade exempel
Hälsoundersökningar	Omfattande hälsoundersökningar: innehållet i och genomförandet av omfattande hälsoundersökningar vid graviditet, före skolåldern och i skolåldern, blanketter avsedda för föräldrar att fylla i. (Omfattande hälsoundersökningar för 4-åringar utvecklas som en del i Kaste-programmet). Andra periodiska hälsoundersökningar: innehåll och metoder, t.ex. bedömning av fysisk kondition. Att känna igen behovet av stöd hos de personer som uteblir från hälsoundersökningar: fungerande praxis för att nå och stödja dem som uteblir. Sammanfattning av hälsoundersökningar.
Undersökningar i skolan och studiemiljön	Innehållet i undersökningarna, blanketter, rapporteringspraxis
Att känna igen behov av särskilt stöd och ordna stöd	Metoder för att känna igen behovet av stöd i olika åldrar; fungerande metoder eller god praxis, beskrivning av serviceprocessen, organisering av yrkesövergripande samarbete, uppföljning
Samarbete	Multifunktionellt och tvärssektoriellt samarbete, bl.a. organisering av verksamheten i familjeservicenätverk eller familjecentraler.
Hembesök	Utvecklande och ökad effektivitet av hembesök baserat på internationellt forskningsresultat
Familjeförberedelse och föräldragrupper	Utvecklande av familjeförberedelse och andra föräldragrupper som yrkesövergripande samarbete, rekommendation för stomme i familjeförberedelse.
Hälsorådgivning	Hälsorådgivningens innehåll och metoder på individ-, grupp- och samsfunds nivå (bl.a. resultatutvärderade metoder; insamling av komprimerad information, utnyttjande av vårdrekommendationer och rekommendationer för vårdarbetet och utarbetande av eventuella nya rekommendationer)
Material för utdelning	Utredning, bedömning och utveckling av material som delas ut till kunder, samarbete med portalen HälsöFinland
Blanketter	Bedömning av innehållet i blanketter som används och ändamålsenligt bruk av dem samt bedömning av behovet av nya blanketter och vid behov validering. Handbok om mätningar, undersökningar och enkäter utkommer 2010, se kap. 3.4.
Uppföljningssystem	Uppföljningssystem av personal, kostnader och annan verksamhet.

5.3 STÖD FÖRVERKSTÄLLANDET I KOMMUNERNA

Ett målinriktat planerings- och utvecklingsarbete förutsätts vid verkställandet av förordningen i kommunerna. Behandlingen av förpliktelseerna i förordningen med olika grupper är mycket viktig, så att alla är informerade om förordningen och förbinder sig till utvecklingsarbetet i enlighet med den. Det är rekommendabelt att för personalen ordna informations- och utbildningstillfällen om innehållet i förordningen, och sätta igång med planeringsarbete i ändamålsenliga interna arbetsgrupper.

Förordningen är förpliktande för kommunerna och den har betydande följder för verksamheten och ekonomin i de flesta kommunerna. Sålunda är det nödvändigt att presentera den för centrala förtroendeorgan (fullmäktige, nämnd) och i fortsättningen rapportera hur verksamheten enligt förordningen framskrider. Detta ligger på ledande tjänsteinnehavares ansvar. Enligt utredningar har kommunerna tillsvidare inte i någon hög grad presenterat verksamhetsprogram rörande förebyggande service för barn och unga eller handböcker för kommunens beslutsfattande organ (t.ex. Hakulinen-Viita-

nen m.fl. 2008, Rimpelä m.fl. 2007). I hälso- och sjukvårdslagen som är under beredning ingår också bestämmelser om planeringen av förebyggande service.

Verkställandet av förordningen för med sig utmaningar för ledarskap. Utnämningen av ansvarig personal är primär (se kap. 2.1). Ledningens uppgift är att utarbeta verksamhetsprogrammen, förbereda finansierings- och verksamhetsplanerna, utveckla enhetlig praxis samt utveckla och leda yrkesövergripande och mångsektoriellt arbete. Ledande tjänsteinnehavare svarar också för användningen av befolkningsdata vid planeringen av service och för kontroll av praxis vid rapporteringen. Kort sagt ledningens uppgift är att skapa förutsättningar för verkställandet av förordningen och styra utvecklingen planenligt.

Förpliktelseerna enligt förordningen ökar utmaningarna i arbetet för de personalgrupper som nämns i förordningen. Detta är nödvändigt att beakta i utvecklingssamtalen med personalen, vid förberedelse av fortbildningsplaner och vid planering av arbetsledning. För att fördjupa personalens kunande och förstärka motivationen är det viktigt att se till att personalen får en tillräckligt lång och skräddarsydd utbildning, t.ex. att få möjlighet till specialiseringsstudier eller specialkompetens (se kap. 3.3). Endast en tillräckligt lång utbildning, där det ingår reflexioner om det egna arbetet kan få till stånd förändringar i tänkesättet och arbetsformen. För arbetsgivaren och också personalen är det i alla fall ändamålsenligt att utbildningen kan uppdelas i mindre delar t.ex. i moduler eller som läroavtalsutbildning (se kap. 3.3). Det lönar sig också att utnyttja den utbildning som anordnas av Institutet för hälsa och välfärd. För stora hälsocentraler kan det vara ekonomiskt att ordna så att tillräckligt många i personalen kan lära ut ett visst tema. För att förbättra det kunnande som förutsätts vid ett yrkesövergripande samarbete är det nödvändigt att ordna gemensam utbildning för olika grupper.

Kommunernas uppgift är också att informera befolkningen om förordningen. Det är nödvändigt för unga och föräldrar att veta vilken service de har rätt till. För koordineringen av det arbete som görs för barnens och de ungas bästa är det nödvändigt att ge information till kommunens andra förvaltningar, och speciellt till personalen inom social- och utbildningssektorn. Velfärdsplanen som förutsätts i barnskyddslagen är ett bra hjälpmedel i detta arbete (se kap. 2.5).

6 UPPFÖLJNING OCH ÖVERVAKNING

6.1 UPPFÖLJNINGEN AV VERKSTÄLLET AV FÖRORDNINGEN

Social- och hälsovårdsministeriet samt Institutet för hälsa och välfärd uppföljer verkställandet av förordningen systematiskt och regelbundet. Verkställandet uppföljs i första hand med hjälp av det kommande anmälningssystemet för öppenvården inom primärvården tidigast fr.o.m. år 2011. I uppföljningen utnyttjas också benchmarkingdata om hälsofrämjande arbete (TedBM). Dessutom verkställs särskilda uppföljningar vid behov.

I vårdanmälningssystemet (Hilmo) insamlas i fortsättningen uppgifter på det individuella planet även angående tjänsterna inom öppenvården. I utvecklingsarbetet av öppenvårdens vårdanmälningssystem (s.k. Avo-HILMO) har hänsyn tagits till de centrala aktiviteterna som ingår i den nya förordningen liksom hälsokontroller och hälsorådgivning. Med hjälp av det nya systemet kan mer detaljerad, mångsidig och jämförbar information inhämtas beträffande öppenvårdens innehåll på hälsocentralsnivå. Hittills har information endast om det totala antalet besök på årsnivå erhållits men inga noggranna siffror kommunvis. I öppenvårdens vårdanmälningssystem används enhetliga klassificeringar som kan erhållas från den nationella kodtjänsten (Institutet för hälsa och välfärds webbplats). En handbok av Institutet för hälsa och välfärd THL:s om öppenvårdens anmälningssystem och klassificeringar finns tillgänglig.

Exempel på centrala klassificeringar av information som används vid uppföljningen av förordningen finns i Tabell 12. Om öppenvården insamlas också grundläggande information, där klienten, tillhandahållaren av service och servicehändelsen specificeras.

I öppenvårdens vårdanmälningssystem insamlas information även om verkställda aktiviteter med hjälp av den s.k. aktivitetsklassifikationen. Syftet med aktivitetsklassifikationen (Aktivitetsklassifikationen för öppenvården inom den finska primärvården, SPAT) är att beskriva innehållet i servicehändelserna inom primärvårdens öppenvård genom att klassificera ingrepp och interventioner som gjorts för klienten. Aktivitetsklassifikationen används tillsammans med klassifikationen av besöksorsaker. Upplysningar från aktivitetsklassifikationen kan användas på lokal nivå i ledarskap och utvecklande av tjänster. Genom att använda klassifikation på riksnivå kan upplysningar inhämtas förutom om uppföljningen av förordningen också bl.a. om förpliktelser som barnskyddslagen ålägger hälsovården och för uppföljning av många nationella program. Exempel på de centrala aktiviteternas huvudklasser ur förordningens synvinkel och deras innehåll finns i Tabell 13.

Ett annat centralt uppföljningsverktyg kommer s.k. benchmarkingdata om hälsofrämjande arbete (TedBM) att vara. Till systemet hör flera delprojekt av vilka ett handlar om aktivering av hälsofrämjandet inom den förebyggande servicen för barn och unga. Syftet är att utveckla lätt uppföljbara nyckeltal för varje särskilt delsystem.

Om ovan nämnda system inte fungerar ännu år 2011, verkställer Institutet för hälsa och välfärd (efter övervägande) särskilda uppföljningar för att inhämta information om läget inom mödra- och barnrådgivningstjänsterna, skol- och studerandehälsovården samt mun- och tandvårdstjänsterna och hur de är i enlighet med förordningen hösten 2011.

Tabell 12. Exempel på klassifikationer inom Öppenvården

Klassifikation	Exempel på innehållet
Yrkesområde	Hälsovårdare Barnmorska Läkare
Besökets karaktär	Hälsovård Sjukvård
Första besöket	T.ex. första kontakten/besöket på rådgivningsbyrån
Serviceform	Rådgivningsbyrå för mödravård Barnrådgivning Familjeplanering-/preventivmedelsrådgivning Skolhälsovård Studerandehälsovård Mun- och tandvård
Kontaktsättet	Besök på mottagningen Hembesök Telefonkontakt Elektronisk kontakt Brev Konsultation
Besökargrupp	Individuellt besök Grupp-mottagning Gruppbesök Möte
Klassifikation av diagnoser och besöksorsaker	ICD-10 och ICPC2-klassifikation
Aktiviteter	Särskild aktivitetsklassifikation SPAT Ingreppsklassifikationen för mun- och tandvård 2010
Orsak till utebliven tjänstehändelse	

Tabell 13. Exempel på Öppenvårdens aktivitetsklassifikation

Aktivitetsklass	Exempel på innehållet
Rådgivning och instruering i anslutning till hälsofrämjande	Rådgivning och instruering i anslutning till uppväxt och utveckling Rådgivning och instruering i anslutning till motion Rådgivning och instruering i anslutning till näring och ämnesomsättning Rådgivning och instruering i anslutning människorelationer och mental hälsa Sexualhälsorådgivning Rådgivning och instruering i anslutning till alkohol, narkotika och tobak och övrigt riskbeteende Rådgivning och instruering i anslutning till förebyggande av ett särskilt hälsoproblem Annan hälsorådgivning och instruering
Andra förebyggande aktiviteter	Periodisk hälsokontroll (frånsett omfattande hälsoundersökning) Omfattande hälsoundersökning Överenskommen uppföljning av hälsoundersökning, hälsoundersökning gjord på grund av individuella behov Sista undersökning på rådgivningsbyrån för barn före skolstarten Undersökning i anslutning till skol- och studerandehälsovård, i samband med vilken ett utlåtande ges Undersökning av barnets hälsotillstånd enligt barnskyddslagen Screeningsåtgärd Vaccinering
Aktiviteter som inte har anknytning till individen	Kontroll av hälsoförhållandena i skolsamfund och studiemiljö
Planering av vård och organisering av fortsatt vård	Inga fortsatta åtgärder Utarbetande av planen för och organisering av fortsatt vård Begäran om undersökning Avtalad telefontid Avtalat brev/avtalad elektronisk kontakt Ny mottagningstid för en själv eller representant för samma yrkesgrupp Hänvisning till annan anställd/skötare/terapeut/socialarbetare Hänvisning till läkare Remiss till den specialiserade sjukvården Remiss till privat undersökning/vård Hänvisning till missbrukarvård Hänvisning till medicinsk rehabilitering
Stöd- och rörelseorgan	Undersökning av hållningsfel
Rehabilitering, stödjande av handlingsförmåga, hjälpmedelstjänster	Mental hälsa, emotionellt stöd Stödjande av social funktionsförmåga Screening av depression eller annat psykiskt problem Omfattande kartläggning av den psykosociala situationen Psykiatrisk/psykologisk undersökning Terapeutiskt samtal
Könsorgan, graviditet, förlossning	Första besöket på rådgivningsbyrån för mödravård Uppföljningen av graviditeten Familjeförberedelse Anvisningar om amning och bröstvård
Annan undersökning, åtgärder, vård, instruering och intyg	Strukturerad kartläggning (bl.a. Audit-enkät) av användningen av alkohol och narkotika

6.2 ÖVERVAKNINGEN AV FÖRORDNINGEN

Förordningen möjliggör en effektivare övervakning av förebyggande hälsotjänster avsedda för barn och ungdomar. Enligt 2 § i folkhälsolagen styrs och övervakas folkhälsoarbetet inom länets område av *regionförvaltningsverket*. Regionförvaltningsverket kan granska kommunens eller samkommunens verksamhet som avses i folkhälsolagen samt verksamhetsenheterna och lokalerna då det är befogat (42 §). Om brister och missförhållanden upptäcks,

kan regionförvaltningsverket förutsätta att bristerna kommer att åtgärdas. När order ges ska en tidsfrist ställas inom vilken nödvändiga åtgärder skall vidtas. Regionförvaltningsverket kan ålägga kommunen eller samkommunen att följa ordern med hot om vite (43 §).

Utgångspunkten för övervakningen är förhandsövervakning, i andra hand efterhandsövervakning. Övervakningen av förordningen ingår i resultatavtalet och med den överensstämmande övervakningsplanen utfärdat för år 2010 med regionförvaltningsverken och SHM. År 2010 är förhandsövervakningen en central fråga, då regionförvaltningsverken informerar kommunerna om höjda statsandelar och instruerar dem att i samband med beredningen av budget- och verksamhetsplaneringen ta hänsyn till förordningens förpliktelser och personalökningar som möjligen kommer att behövas. Till centrala sätt att verkställa förhandsövervakningen hör kontakterna och kommunbesöken till följd av dem. Regionförvaltningsverket skriver en rapport om besöket och har det något att anmärka, kan det begära en redogörelse av kommunen. Kommunen är pliktig att svara på begäran och berätta hur och inom vilken tid den utvecklar sin verksamhet till den nivå som lagen förutsätter.

Regionförvaltningsverken förverkligar förhandsövervakningen också med hjälp av statistiken, t.ex. i fortsättningen med hjälp av Öppenvårdens anmälningssystem. Som utgångspunkt kan man ha att Institutet för hälsa och välfärd regelbundet samlar in den för övervakningen nödvändiga informationen, vilken regionförvaltningsverken använder som hjälpmedel i sin egen övervakning. Regionförvaltningsverket kan vidareanalysera informationen t.ex. för utvärderingen av basservicen.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira styr regionförvaltningsverkens verksamhet för att harmonisera deras verksamhetsprinciper, förfaringssätt och lösningsmetoder vad gäller styrning och övervakning av folkhälsoarbetet. Valvira styr och övervakar folkhälsoarbetet i synnerhet då det är fråga om 1) principiellt viktiga och vittomfattande frågor 2) saker som berör flera regioner eller hela landet 3) saker som behandlas i Valvira och som berör ett övervakningsärende beträffande en yrkesperson inom hälsovården 4) saker som regionförvaltningsverket är jävigt att behandla. Saker som hör till social- och hälsovårdens övervakning kan grovt taget indelas i tre uppdragshelheter: a) reaktiv övervakning, b) planbaserad övervakning, c) förebyggande övervakning som bygger på instruering och rådgivning samt expertutlåtanden.

Social- och hälsovårdsministeriet gör resultatavtalen med regionförvaltningsverken och Valvira och följer övervakningen av regionförvaltningsverken och dess resultat.

- Ailasmaa R. 2009. Kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstö. Tilastoraportti 23. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Arez S, Rückerl R, Koletzko B, von Kries R. 2004. Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review. *International Journal of Obesity*. 28:1247–1256.
- Armstrong K & Edwalds H. 2003. The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 130–138.
- Arpalahti I, Suni J, Pienihäkkinen K. 2009. Vantaalla suunterveyden edistäminen alkaa lapsista. *Suomen Hammaslääkärilehti* 16(9).
- Förordning om klientavgifter inom social- och hälsövärdens 9.10.1992/912.
- Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarret P, Mockford C, Stewart-Brown S. 2007. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood* 92:229–233.
- Borg A-M. 2006. Pikkulasten psyykkisten häiriöiden seulonta ei toteudu neuvoloissa. *Duodecim* 122 (19):2292–2293.
- Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne S.S, Rohde C, Duggan A. 2007. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on a child health and development. *Child Abuse & Neglect* 31, 829–852.
- Cassidy L, Jellinek M. 1998. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Child and Adolescent Psychopharmacology* 45(5):1037–1052.
- Cicchetti D, Toth SL 2009. The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50(1–2):16–25.
- Coffelt NL, Forehand R, Olson AL, Jones DJ, Gaffney CA & Zens M. 2006. A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: The moderating roles of parent and child gender. *Addictive Behaviors* 31, 593–605.
- Dennis C-L. 2003. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry* 48(2), 115–124.
- Diabetesliitto. 2007. Diabetes kouluikäisellä. Opa kouluille.
- Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, Bayliss S, Raftery J, Hyde C, Taylor R. 2005. The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment* Dec;9(50):iii, ix-x, 1–233.
- Dunkel L. 2008. Henkilökohtainen tiedonanto. Kuopion yliopistollinen sairaala.
- Eriksson, Esa & Arnkil, Tom Erik (2009) *Ta upp oron: en handbok i tidiga dialoger*. Stakes handböcker, 64. Helsingfors: Stakes.
- Eriksson J, Forsen T, Tuomilehto J, Osmond C, Baker D. 2001. Size at birth, childhood growth and obesity in adult. *International Journal of Obesity* 25: 735–740.

- Essex MJ, Kraemer HC, Armstrong JM, Boyce WT, Goldsmith HH, Klein MH, Woodward H, Kupfer DJ. 2006. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Archives of Genetic Psychiatry*. Nov;63(11):1246–56.
- Fielden J.M. & Gallagher L.M. 2008. Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 45, 406–417.
- Fogelholm, M, Vuori I (toim). 2005. *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Forssas E, Gissler M, Sihvonen M & Toukomaa H. 1998. Perinataalikuolleisuuden sosioekonomiset ja alueelliset riskitekijät. *Suomen Lääkärilehti* 53, 453–458.
- Gissler M, Meriläinen J, Vuori E, Hemminki E. 2003. Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(6), 433–9.
- Haarasilta LM, Marttunen MJ, Kaprio JA, Aro HM. 2004. **Correlates of depression** in a representative nationwide sample of adolescents (1519 years) and young adults (20–24 years). *European Journal of Public Health*. Sep;14(3):280–5.
- Hakulinen-Viitanen, T, Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A, Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. *Stakes raportteja* 21. Helsinki.
- Hannula L. 2003. Imetysnäkökymykset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seurantatutkimus. Akateeminen väitöskirja, Turku.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikkiikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11.
- Hasunen K., Rynänen S. 2005. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 19.
- Hawkins A.J., Lovejoy K.R., Holmes E.K., Blanchard V.L. & Fawcett E. 2008. Increasing fathers' involvement in child care with a couple-focused intervention during the transition to parenthood. *Family Relations* 57, 49–59.
- Heikkinen AM, Broms U, Pitkäniemi J, Koskenvuo M, Meurman J. 2009. **Key factors in smoking cessation intervention among 15–16-year-olds**. *Behavioral Medicine*. Fall;35(3):93–9.
- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa: seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C: 184, Scripta Lingua Fennica Edita, Turku.
- Heino T. 2007. Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. *Stakesin työpapereita* 30. Helsinki.
- Helakorpi S, Uutela A, Puska P. 2007. Työikäisen väestön elintapojen muutokset. Ylipaino on yleistynyt ja alkoholin kulutus kasvanut. *Suomen Lääkärilehti* 62 (34):2975–2980.
- Helsingin kaupungin terveyskeskus. 2009. Lapaset perheverkosto -hanke 2005–2008. Loppuraportti. Inga Klen ym. Helsinki.
- Hermansson E & Kunnamo I. 2007. Lääkärin käsikirja. Duodecim: www.terveysportti.fi.

- Hietanen-Peltola M, Honkala A, Kivimäki-Sumrein M, Puro M. 2010. Perhekeskeinen kouluterveydenhuolto – Loppuraportti. Hanke 041/ESLK/ LK/2007. 1.5.2007–31.10.2009.
- Hiitola J. 2008. Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Lastensuojelun sijaishuollon kehittäminen Tampereella, Tampereen seutukunnassa ja Etelä-Pirkanmaalla -hanke. Stakes työpapereita 21. Helsinki.
- Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. 2003. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Archives of Disease in Childhood* 88:1086–1090.
- Honkala S., Rimpelä A., Välimaa R, Tynjälä J & Honkala E. 2009. Suomalaisnuoret ovat edelleen laiskoja hampaiden harjauksessa. *Suomen Hammaslääkärilehti*, (8), 18–22.
- Hoppu U, Kujala J, Lehtisalo J, Tapanainen H & Pietinen P (toim.) 2008. Yläkoulu-
laisten ravitsemus ja hyvinvointi. Lähtötilanne ja lukuvuonna 2007–2008 toteutetun interventiotutkimuksen tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B30.
- Hyvärinen L. 2009. Näön tutkiminen lastenneuvolassa. Lääkärin käsikirja 6.3.2009. Duodecim: www.terveysportti.fi.
- Häggman-Laitila A, Euramaa K-I, Hotari A-M, Kaakinen J, Hietikko M. 2001. Lapsiperheiden varhainen tuki, tuen vaikuttavuus ja kustannushyöty. Lapsiperheprojektin loppuraportti. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.
- Ilmonen J, Isolauri E, Laitinen K. 2007. Ravitsemusneuvonta koetaan tärkeäksi neuvolatyössä. *Suomen Lääkärilehti* 40(62): 3661–3666.
- Javanainen-Levonen T. 2009. Terveystoimijat liikunnanedistäjinä lastenneuvolatyössä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 138. Jyväskylän yliopisto.
- Jokinen E 2004. Sydämen ja verenkierron sairaudet. Julkaisussa J. Petäjä, M.A. Siimes (toim.) Lastentaudit. Kustannus Oy Duodecim.
- Jämsä J. 2009. Sateenkaariperheiden hyvinvointi. Kirjassa: Lapsiperheiden hyvinvointi. Lammi-Taskula J, Karvonen S, Ahlström S (toim.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 138–148.
- Kangas S, Lundval A, Sintonen S. 2008. Lasten ja nuorten mediamaailma pähkinänkuoressa. Liikenne- ja viestintäministeriö. Lasten ja nuorten mediafoorumi.
- Kansanterveyslaitos 2008. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti. Helsinki.
- Karhumäki A. 2009. Monikkoperheiden hyvinvoinnin tukeminen. Kirjassa Lapsiperheiden hyvinvointi. Lammi-Taskula J, Karvonen S, Ahlström S (toim.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 128–137.
- Kasila K. 2007. Koululaisten terveysneuvonta suun terveydenhuollossa, väitöskatsaus. *Suomen Hammaslääkärilehti* 14(19):1043–1046).
- Kemppinen K. 2007. Early maternal sensitivity: Continuity and related risk factors. Kuopion yliopisto. Julkaisuja D 412.
- Kendrick D, Barlow J, Hampshire A, Polnay L & Stewart-Brown S. 2009. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood (Review). The Cochrane collaboration: The Cochrane Library, issue 1.
- Ketola M, Abrahamson O, Malmisalo T & Aromaa M. 2009. Painokasprojekti 2006–2008. Loppuraportti, Turku.
- Kinnunen T. 2009. Prevention of excessive pregnancy-related weight gain. *Acta Universitatis Tamperensis* 1379.
- Knauth D. 2000. Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing and Health* 23, 496–509.

- Korhonen T. 2010. Promoting child development and mental health in adult psychiatric care. A nurses' perspective. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 1. Kuopio.
- Koskinen M. 2007. Pikkulasten tapaturmien ehkäisy. Teoksessa Armanto A & Koistinen P (toim.): Neuvolatyön käsikirja. Tammi: Helsinki.
- Kosunen E. 2009. Seksuaaliterveys. Teoksessa: Matti Rimpelä, Vesa Saaristo, Kissi Wiss, Timo Ståhl. Terveystiedon edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 19, 232–243.
- Kronholm E. 2005. Poikkeava unen pituus terveydellisenä riskitekijänä. Kansanterveyslehti 6.
- Kumpula H, Lounamaa A, Paavola M, Lunetta P & Impinen A (toim.) 2006. Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 71. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos: Helsinki.
- Kumpula H & Paavola M. 2008. Injuries and risk-taking among young people in Europe – The European Situation Analysis. EU-project AdRisk, KTL: Helsinki.
- Kumpulainen K & Kemppinen K. 2000. Lasten psyykkisen häiriintyneisyyden tunnistaminen perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkilehti 55(11):1233–1236.
- Kuortti M, Kosunen E. 2009. Risk-taking behaviour is more frequent in teenage girls with multiple sexual partners. Scandinavian Journal of Primary Health Care 27(1):47–52.
- Kyttälä P, Ovaskainen M, Kronberg-Kippilä C ym. 2008. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B32.
- Käypä hoito -suositus. Lasten ruoka-allergia. Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Duodecim 2004; 120(12): 1524–38.
- Käypä hoito 24.3.2005. Alkoholi-ongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Käypä hoito 1.8.2005. Lasten lihavuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä.
- Käypä hoito 1.12.2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Rökning, nikotinberoende och avvänjning. Finns på internet på svenska <http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/hemsida>.
- Käypä hoito 9.10.2008. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Käypä hoito 10.2.2009. Kariuksen hallinta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Lagerberg D. 2000. Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables. Acta Paediatrica Supplement 434, 43–52.
- Lagström H. 2008. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden ravitsemus- ja elämäntapaneuvonta kannattaa, Bolus 3, s.10–11.
- Laitinen J, Power C, Jarvelin MR. 2001. Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index, and age at menarche as predictors of adult obesity. American Journal of Clinical Nutrition 2001;74:287–294.
- Barnskyddslagen 417/2007. Finns på internet <http://www.finlex.fi>.
- Lehtinen V. 2008. Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. STAKES.

- Leino T, Koskenniemi E, Saranpää P-R, Strömberg N, Kilpi T. 2007. Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. *Suomen Lääkärilehti* 62(8):739–743.
- Lepistö J, von der Pahlen B, Marttunen M. 2006. Nuorten päihdehäiriöiden hoito. *Suomen Lääkärilehti* 61 (21–22):2331–2338.
- Luksila P-R. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. *Sarja C*:161. *Scripta Lingua Fennica* Edit, Turku.
- Long A, McCarney S, Smyth G, Magorrian N & Dillon A. 2001. The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. *Journal of Advanced Nursing* 34(5), 611–620.
- Lund J & Aarø LE. 2004. Accident prevention. Presentation of a model placing emphasis on human, structural and cultural factors. *Safety Science* 42: 271–324.
- Luoma I, Kaukonen P, Mäntymaa M, Puura K, Tamminen T, Salmelin R. 2004. A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child Psychiatry and Human Development*. Fall; 35(1):37–53.
- Luopa P, Pietikäinen M, Puusniekka R, Jokela J, Sinkkonen A. 2006. Kouluterveys 2006: Etelä-Suomen lääniraportti. Verkkojulkaisu, Stakes.
- Lyytinen H. 2009. Oppimishäiriöt. Lääkärinkäsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
- Lääkintöhallitus. 1988. Lääkintöhallituksen voimassa olevat ohjekirjeet. Helsinki.
- Marttunen M & Kaltiala-Heino R. 2007. Nuorisopsykiatria. Kirjassa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*, 5. uudistettu painos, 630.
- Mattila M-L, Ojanlatva A, Riihä H ja Rautava P. 2005. Perhe hammashuollon asiakkaana. *Suomen Hammaslääkärilehti* 12(8):492–496.
- Mitchell EA, Thompson JM, Robinson E, Wild CJ, Becroft DM, Clark PM, Glavish N, Pattison NS, Pryor JE. 2002. Smoking, nicotine and tar and risk of small for gestational age babies. *Acta Paediatrica*. 91(3):323–8.
- Mäkelä J, Salo S. 2009. Theraplay on aktiivista aikuisen ja lapsen välistä vuorovaikutushoitoa. Katsaus, lähetetty julkaistavaksi Duodecim 2009.
- Mäki P, Laatikainen T, Koponen P, Hakulinen-Viitanen T, LATE-työryhmä. 2008. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen LATE-hanke. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja* 28.
- Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen M-L, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T. 2010. Lasten terveys. LATE-tutkimuksen tulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Raportti 2. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäntymaa M. 2006. Early mother-infant interaction: Determinants and Predictivity. *Acta Universitatis Tamperensis* 1144. Tampere.
- Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 119 (6): 459–465.
- Niemelä S. 2008. Predictors and correlates of substance use among young men. The longitudinal “From a boy to a man” birth cohort study. *Annales Universitatis Turkuensis*, D803.
- Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J, Karhunen T. 2004. Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. *Stakes Raportteja* 178.
- O’Brien M & Peyton V. 2002. Parenting attitudes and marital intimacy: a longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology* 16, 118–127.

- Olds DL, Sadler L, Kitzman H. 2007. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Mar–Apr;48(3–4):355–91.
- Ojaniemi M. 2009. *Lapsen poikkeava kasvu ja kehitys. Lääkärin käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim.
- Ollila H, Broms U, Laatikainen T, Patja K. 2008. Nuoret ja tupakoinnin lopettaminen – tutkimuksesta käytännön tukeen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B37.
- Utbildningsstyrelsen 2003. Grunderna för gymnasiets läroplan. Grunderna för läroplanen i gymnasieutbildning för ungdomar. Föreskrift 33/011/2003.
- Utbildningsstyrelsen 2004. Grunderna för läroplanen för den grundläggande utbildningen. Föreskrift 1/011/2004. Föreskrift 2/011/2004. Föreskrift 3/011/2004. Helsingfors.
- Opetushallitus 2009. Yrkesutbildning, grunder för läroplanen. T.ex. (på finska) grundexamen i bilbranschen: <http://www.oph.fi/download/110502Autoalanperustutkinto2009.pdf>.
- Opetusministeriö ja Kansanterveyslaitos. 2007. Makeiset ja virvoitusjuoma-automaatit kouluissa ja oppilaitoksissa. Muistio 16.3.2007 (saatavilla www.edu.fi)
- Opetusministeriö ja Nuori Suomi ry. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18-vuotiaille. Helsinki.
- Paajanen P. 2007. Perhebarometri 2007. Mikä on minun perheeni? Suomalaisten käsityksiä perheestä vuosilta 2007 ja 1997. Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 30.
- Paavilainen R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis 906. Tampere.
- Paavilainen E & Flinck A. 2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen, Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Paavola M, Vartiainen E, Puska P. 2001. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Education Research*. Feb;16(1):49–57.
- Pennanen M, Haukka A, de Vries, Vartiainen E. 2009. Longitudinal study of relationship between school achievement and smoking behavior among secondary school students in Finland; results of the ESFA study. *Substance Use & Misuse*;44 (inPress).
- Perttu S. 2004. **Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa**. Sosiaali- terveysministeriön selvityksiä 6. Helsinki.
- Pietiläinen K, Sysi-Aho M, Rissanen A, Seppänen-Laakso T, Yki-Järvinen H, Kaprio J, Oresic M. 2007. Acquired obesity is associated with changes in the serum lipidomic profile independent of genetic effects – a monozygotic twin study. *PLoS ONE*;2:e218
- Piirainen T, Isolauri E, Lagström H, Laitinen K. 2006. **Impact of dietary counselling on nutrient intake during pregnancy: a prospective cohort study**. *British Journal of Nutrition* 96:1095–1104.
- Pirskanen M, Pietilä A-M. 2005. Nuoret, päihteet ja varhainen puuttuminen – Nuorten päihdemittarin käyttö terveydenhoitajan työssä. *Terveydenhoitajalehti* 6: 28–33.
- Poutanen R. 2007. Boys and girls as health-promoting actors. Determinants of oral health-related lifestyle among 11- to 12-year-old school children. *Acta Universitatis Ouluensis D* 942.
- Puura K, Tammelin T, Mäntymaa M, Virta E, Turunen M-M, Koivisto A-M. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaittajana. *Suomen Lääkärilehti* 56 (47): 4855–4861.
- Puura K. 2001. Vauvan depressio. *Duodecim* 117 (10):1115–1121.

- Puura K. 2009. Lapsen psyykkisen kehityksen seuraaminen neuvolan ikäkausitarkastuksessa. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
- Rainio, S & Rimpelä, A. 2008. Home smoking bans in Finland and the association with child smoking. *Eur J Public Health*. Jun;18(3):306–11. Epub 2007 Oct 9.
- Rimpelä M, Rigoff A-M, Kuusela J, Peltonen H (toim.). 2007a. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskoulussa. Perusraportti kyselystä 7.–9. vuosiluokkien kouluille. Opetushallitus, Stakes.
- Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E, Rimpelä A. 2007b. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. Työpapereita 32, Stakes.
- Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K, Rimpelä A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009. Raportteja 40. Stakes.
- Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Ståhl T (toim.). 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa. Raportteja 19, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Rintanen H. 2000. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämässä. *Acta Universitatis Tamperensis* 740. Tampere.
- Ruotsalainen A, Lindholm M & Ollikainen L. 2008. Perhekeskus- kumppanuutta espoolaisten lapsiperheiden kanssa. Perhekeskus kumppanina -hanke 2005–2007. Espoon terveyskeskus.
- Saarenpää-Heikkilä, O. 2004. Unihäiriöt. Teoksessa Lastenneurologia. Toim. Sillanpää, M, Herrgård, E, Iivanainen, M, Koivikko, M, Rantala, H. Kustannus Oy Duodecim.
- Saarenpää-Heikkilä O. 2009. Koululaisten uniongelmiä voidaan ehkäistä ennalta. *Suomen Lääkäril* 64(1-2):35–41.
- Saneri I. 2006. Work to support fathers. Teoksessa Varanka J & Forslund M. Possibilities and challenges? Men's reconciliation of work and family life -conference report. Nordic Council of Ministers, ANP 704, 51–54.
- Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. 2008. Father's involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153 -158.
- Seljamo S, Aromaa M, Koivusilta L, Rautava P, Sourander A, Helenius H & Sillanpää M. 2006. Alcohol use in families: a 15-year prospective follow-up study. *Addiction* 101, 984–992.
- Solantaus T, Paavonen J. 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Aikakauskirja Duodecim 125(17):1839–44.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1998. Seulonnat ja terveystarkastukset terveyskeskuksissa 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 11.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2001. Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Publikationer 4, Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 14. Helsinki.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2004b. Kvalitetsrekommendation för skolhälsovården. Handböcker. Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004c. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004. Selvityksiä 16. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004d. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Oppaita 3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004e. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Selvityksiä 6. Helsinki.

- Social- och hälsovårdsministeriet. 2005a. Vem angår våldet. Handböcker 7, Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005b. Ota oppi -malli. Nuorten tukeminen perusopetuksesta jatko-opintoihin. Kuntoutuskokeilun ohjausryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 14. Helsinki.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2005c. Säker läkemedelsbehandling. Nationell handbok för genomförande av läkemedelsbehandling inom social- och hälsovården. Publikationer 32. Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006a. Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio. Selvityksiä 33.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006b. Opiskeluterveydenhuollon opas. Julkaisuja 12.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007a. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Julkaisuja 17. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007b. Koko perhe kierteessä. Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi. Selvityksiä 27. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Työryhmän muistio. Selvityksiä 37.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Selvityksiä 24. Helsinki.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2008c. Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008–2011. Publikationer 2008:6. Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008d. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Julkaisuja 9.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008e. Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården. KASTE 2008–2011. Publikationer 17. Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008f. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Julkaisuja 1. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008g. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveidenhuoltolakitöryhmän muistio. Selvityksiä 28.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2008h. Statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna för motion och kost som främjar hälsa. Broschyrer 2008:10. Helsingfors.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2009a. Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. Rapporter 2009:20.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Oppilas- ja opiskelijahuoltotyöryhmän toimenpidehdotukset. Selvityksiä 34.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009c. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Työryhmän raportti. Selvityksiä 4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009d. Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2009. Rapporter 2009:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Opetushallitus, Suomen Kuntaliitto, Lastensuojelun keskusliitto, Mannerheimin lastensuojeluliitto, Suomen Vanhempainliitto, Suomen evankelisluterilainen kirkkohallitus. 2005. PERHE-hanke. Perhepalvelujen kumppanuusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 4. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö, Nuori Suomi Oy. 2005. Varhaiskasvatukseen liikunnan suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 17.

- Social- och hälsovårdsministeriets förordning om fortbildning för personalen inom hälsovården (1194/2003).
- Sourander A, Ronning J, Brunstein-Klomek, A. 2009. Childhood bullying behavior and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment: findings from the Finnish 1981 birth cohort study. *Archives of General Psychiatry* Sep;66(9): 1005–12.
- Stakes. 2002. Kouluterveydenhuollon opas. Oppaita 51. Helsinki.
- Stakes. 2007. Nordisk perinatalstatistik.
- Suomen Kuntaliitto. 2009a. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laadinta kunnissa. Opas lakisääteisen suunnitelman laadintaan. Osa 1. Suunnitelman valmistelu. Ilmainen PDF-julkaisu. Opas saatavana myös painettuna julkaisuna.
- Suomen Kuntaliitto. 2009b. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman laadinta kunnissa. Osa 2. Suunnitelman seuranta ja arviointi. Ilmainen PDF-julkaisu. Opas saatavana myös painettuna julkaisuna.
- Tampereen kaupunki. Hyvinvointipalvelujen kehittämisyksikkö. 2007. Hyvinvointineuvola -toimintamalli Tampereella 2007. Julkaisuja 11.
- Taskinen, S. 2009. Piilokiveksisyys. Lääkärin käsikirja. 3.4.2009. Duodecim. www.terveysportti.fi.
- Taskinen H, Lindbohm M-L, Frilander H. 2006. Ohjeet vaaran arvioimisesta erityisäitiysvapaan tarvetta harkittaessa. Työterveyslaitos.
- Taylor AE, Johnson DE, Kazemi H. 1992. Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease. A position paper from the Council of Cardiopulmonary and Critical Care. American Heart Association. *Circulation* 86:699–702.
- Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogus H, Pietikäinen M, toim. 2002. Kouluterveydenhuolto. Kustannus Oy Duodecim, 2. uudistettu painos. Helsinki.
- Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. 2004. Oppaita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009a. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012. Raportti 32. Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009b. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksista seulonnasta. Kirj. Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M. Opas äitiyshuollon työntekijöille. Oppaita 2.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009c. Rokottajan käsikirja.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009d. Turvallinen elämä lapsille ja nuorille. Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyn ohjelma. Jaana Markkula & Erka Öörni (toim.) Raportti 27.
- Trédaniel J, Boffetta P, Saracci R, Hirsch A. 1994. Exposure to environmental tobacco smoke and risk of lung cancer: the epidemiologic evidence. *European Respiratory Journal* 7:1877–1888.
- Lagen om företagshälsovård. 1383/2001.
- Työterveyslaitos 2005. Terveystarkastukset työterveyshuollossa. Työterveyslaitos/Tietotyö. Saatavilla: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tietotyö/>
- Arbetarskyddslagen 738/2002.
- UKK-instituutti. 2007. Terveysliikunnan suositus. Motionskakan. http://www.ukk-instituutti.fi/filebank/63-motionskakan_09.pdf
- Unicef. 2006. Innocenti working paper: comparing child well-being in OECD countries. Concepts and methods.
- Valleman R & Reuber D. 2007. Domestic violence and abuse experienced by children and young people living in families with alcohol problems. Results from a

- Cross-European Study. Daphne. ENCARE European network for children affected by risk environments within the family.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2006. Kouluterveydenhuollon laatusuositus -suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 136/2006.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2007. Nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Toiminnan tarkastuskertomus 146.
- Valtioneuvosto. 2007. Kouluterveydenhuollon toteutuminen. Apulaisoikeuskanslerin päätös 13.2.2007. Dnro 6/50/06.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2008. Kouluruokailusuositukset. Helsinki.
- Valtonen R, Mustonen K, Lyytinen P & Ahonen T. 2007. Lene-arvio apuna 1. luokalla ilmenevien oppimisvaikeuksien ennakoinnissa. Suomen Lääkärilehti, 4, 275–281.
- Valtonen R. 2009. Kehityksen ja oppimisen ongelmien varhainen tunnistaminen Lene-arvioinnin avulla. Kehityksen ongelmien päällekkäisyys ja jatkuvuus 4–6-vuotiailla ja ongelmien yhteys koulusuoriutumiseen. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 357. University of Jyväskylä.
- Viisainen K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Oppaita 34, Stakes. Helsinki.
- Voutilainen A. 2008. Henkilökohtainen tiedonanto. Lastenneurologian klinikka. HYKS.
- Vänskä J, Kangas M. 2008. Vastaanottokäyntien määrä ei kerro terveyskeskuksen tehokkuudesta. Suomen Lääkärilehti 63:550–1.
- WHO. 2007. Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health. World Health Organisation, Geneva.

BILAGA I

Förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (380/2009)

Statsrådets förordning

om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga

Given i Helsingfors den 28 maj 2009

—————

I enlighet med statsrådets beslut, fattat på föredragning från social- och hälsovårdsministeriet, föreskrivs med stöd av 14 § 1 mom. 1, 4, 5 och 6 punkten i folkhälsolagen av den 28 januari 1972 (66/1972), sådana de lyder, 14 § 1 mom. 1 och 4 punkten i lag 928/2005 samt 5 och 6 punkten i lag 626/2007:

1 kap.

på förebyggande mun- och tandvård för barn och unga.

Allmänna bestämmelser

3 §

1 §

Studerande berättigade till studerandehälsovård

Syftet med förordningen

Syftet med denna förordning är att säkerställa att hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna för kvinnor och familjer som väntar barn och för barn under skolåldern, för elever och deras familjer samt för studerande är planmässiga, uppvisar en enhetlig nivå och tar hänsyn till individens och befolkningens behov i den kommunala hälso- och sjukvården.

2 §

Tillämpningsområde

Denna förordning tillämpas på i 14 § i folkhälsolagen (66/1972) avsedda rådgivningsbyråttjänster för gravida kvinnor och familjer som väntar barn samt för barn under skolåldern och deras familjer, på tjänster som gäller skol- och studerandehälsovård samt

I 14 § 1 mom. 6 punkten i folkhälsolagen avsedda läroanstalter, för vars studerande kommunen ska ordna studerandehälsovård, är

1) läroanstalter enligt lagen om yrkesutbildning (630/1998),

2) läroanstalter enligt lagen om yrkesinriktad vuxenutbildning (631/1998),

3) läroanstalter enligt gymnasielagen (629/1998),

4) läroanstalter enligt 2 § 3 och 5 mom. i lagen om fritt bildningsarbete (632/1998),

5) högstskolor enligt yrkeshögskolelagen (351/2003),

6) universitet enligt 1 § i universitetslagen (645/1997),

7) läroanstalter inom polisbranschen enligt lagen om polisutbildning (68/2005),

8) läroanstalter enligt lagen om Brottspåföljdsområdets utbildningscentral (1316/ 2006),

9) Försvarshögskolan i fråga om studerande som bedriver andra studier än sådana militärvetenskapliga studier och militäryrkesstudier som krävs för en officerstjänst, samt

10) räddningsinstitut enligt lagen om Räddningsinstitutet (607/2006) samt läroanstalter enligt 15 § 2 mom. i räddningslagen (468/2003) som ger yrkesinriktad grundutbildning inom räddningsbranschen.

Såsom studerande vid en läroanstalt anses en studerande vid en läroanstalt enligt 1 mom. som studerar i en utbildning som enligt lagen om studiestöd (65/1994) berättigar till studiestöd.

Kommunen kan ordna studerandehälsovård även för andra än ovan avsedda studerande.

4 §

Tillhandahållande av tjänster

Den myndighet som ansvarar för folkhälsoarbetet i kommunen ska godkänna enhetliga handlingsprogram för rådgivningsarbetet, skol- och studerandehälsovården samt den förebyggande mun- och tandvården för barn och unga. Handlingsprogrammen ska utarbetas i samarbete med socialväsendet och undervisningsväsendet.

Hälsoundersökningarna och den hälsorådgivning som planeras utifrån dem ska bilda en planmässig helhet så att individen och familjen har möjlighet att delta i dem. När dessa tjänster tillhandahålls ska uppmärksamhet också ägnas åt de miljöer där barn och unga utvecklas. Hälsoundersökningar och hälsorådgivning ska efter behov ordnas på multiprofessionell basis.

De uppföljningsuppgifter om kommuninvånarnas hälsa och välbefinnande som har inhämtats vid

hälsoundersökningarna och hälsorådgivningen ska användas vid planeringen av tjänsterna.

2 kap.

Hälsoundersökningarnas innehåll och omfattning

5 §

Hälsoundersökningar

Kommunen ska ordna återkommande hälsoundersökningar för alla som hör till en på förhand fastslagen ålders- eller årsklass eller annan kategori samt hälsoundersökningar som utgår från individuella behov. En hälsovårdare, barnmorska eller läkare ska försöka utreda behovet av stöd hos dem som inte deltar i de återkommande hälsoundersökningarna. En hälsoundersökning kan göras av en hälsovårdare, barnmorska eller läkare eller av en hälsovårdare eller barnmorska tillsammans med en läkare (*omfattande hälsoundersökning*). En undersökning av munnen kan göras av en tandläkare, munhygienist eller tandskötare.

6 §

Hälsoundersökningarnas innehåll

Vid en hälsoundersökning ska utgående från den undersökta ålder och individuella behov hans eller hennes tillväxt, utveckling och välbefinnande kartläggas med hjälp av intervjuer, kliniska undersökningar och vid behov med andra metoder. Familjens välbefinnande utreds genom en intervju. Den undersökta önskemål och åsikter ska klarläggas och beaktas på det sätt som hans eller hennes utvecklingsnivå förutsätter.

Bedömningen av den undersökta hälsotillstånd och eventuella behov av fortsatta undersökningar, stöd

och vård ska göras tillsammans med den undersökta och beroende på den undersöktas ålder, också med vårdnadshavarna. Vid behov görs en individuell plan för välbefinnande och hälsa eller revideras en tidigare plan.

7 §

De omfattande hälsoundersökningarnas innehåll

I den omfattande hälsoundersökning som riktar sig till en familj som väntar barn undersöks förutom moderns och fostrets hälsotillstånd också familjens välbefinnande genom en intervju och vid behov med andra metoder.

Den omfattande hälsoundersökning som riktar sig till barn under skolåldern och elever innehåller en intervju med vårdnadshavarna och en utredning av hela familjens välbefinnande till den del det är nödvändigt för att vård och stöd ska kunna ordnas. Med vårdnadshavarens skriftliga samtycke kan den omfattande hälsoundersökningen inbegripa dagvårds- och förskoleundervisningspersonalens bedömning av hur ett barn under skolåldern klarar sig i dagvården och lärarens bedömning av hur en elev klarar sig i skolan till den del det är nödvändigt för att vård och stöd ska kunna ordnas.

En sammanfattning av de omfattande hälsoundersökningarna ska användas då elevvården gemensamt bedömer det rådande läget i klassen och skolsamfundet samt behovet av eventuella extra åtgärder. Sammanfattningen får inte innehålla personuppgifter.

8 §

Innehållet i undersökningar av munnen

Undersökningar av munnen ordnas som återkommande undersökningar för hela åldersklassen samt som hälsoundersökningar som utgår från individuella behov. Vid undersökningarna utreds munnens hälsa, utveckling och behov av vård och vid behov utarbetas en individuell hälsoplan.

Munhälsan hos en familj som väntar sitt första barn och familjens behov av vård bedöms av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård genom en intervju och vid behov med andra metoder. För barn under skolåldern ordnas undersökningar av munnen som utförs av en munhygienist eller tandskötare och vid behov undersökningar som utförs av en tandläkare. De återkommande undersökningar av munnen som riktar sig till elever består av hälsoundersökningar som utförs av en munhygienist och vid behov av en tandläkare, inklusive specialistundersökningar av munnen.

För ett barn som löper särskild risk att insjukna i munsjukdomar ska det ordnas effektiviserad förebyggande mun- och tandvård och individuellt bestämda hälsoundersökningar.

9 §

Återkommande hälsoundersökningar

Det åligger kommunen att

1) för en familj som väntar barn ordna minst en omfattande hälsoundersökning,

2) för ett barn under dess första levnadsår ordna minst nio hälsoundersökningar, i vilka det ingår minst en läkarundersökning då barnet är 4–6 veckor gammalt och en läkarundersökning då barnet är 8 månader

gammalt samt en omfattande hälsoundersökning då barnet är 4 månader gammalt,

3) för ett barn i åldern 1–6 år ordna minst sex hälsoundersökningar, i vilka det ingår två omfattande hälsoundersökningar, den ena vid 18 månaders och den andra vid 4 års ålder; en av hälsoundersökningarna ska omfatta en hälsovårdares bedömning av munhälsan,

4) för elever ordna en hälsoundersökning i varje årskurs; i årskurs ett, fem och åtta ska undersökningen vara omfattande,

5) för studerande som bedriver studier vid en läroanstalt enligt 3 § 1 mom. 1–4 punkten eller inom sådan i 10 punkten avsedd utbildning som inte leder till yrkeshögskoleexamen, under det första studieåret ordna en undersökning som utförs av en hälsovårdare och under det första eller andra studieåret en undersökning som utförs av en läkare, om inte läkarundersökning har gjorts i samband med antagningen av den studerande; en läkarundersökning ska dock alltid ordnas under det första studieåret för studerande som deltar i specialundervisning eller för vilka en utredning av hälsotillståndet och studieförmågan är nödvändig på grund av studieområdet eller det kommande yrket,

6) för studerande som bedriver studier vid en läroanstalt enligt 3 § 1 mom. 5–9 punkten eller inom sådan i 10 punkten avsedd utbildning som leder till yrkeshögskoleexamen, under det första studieåret ordna en hälsoenkät, som vid behov leder till en hälsoundersökning.

I den omfattande hälsoundersökning som en elev genomgår i årskurs åtta ska elevens särskilda behov i fråga om yrkesval och fortsatta studier bedömas samt behövliga stödåtgärder planeras.

10 §

Återkommande undersökningar av munnen

Det åligger kommunen att

1) för en familj som väntar sitt första barn ordna minst en bedömning av munhälsan och behovet av vård,

2) för barn under skolåldern ordna en undersökning av munnen när barnet är 1 eller 2 år, när barnet är 3 eller 4 år och när barnet är 5 eller 6 år,

3) för elever ordna en undersökning av munnen i årskurs ett, i årskurs fem och i årskurs åtta,

4) för studerande minst en gång under studietiden ordna en undersökning av munnen, i vilken behovet av munhygienisk rådgivning och mynhygieniska tjänster utreds.

11 §

Specialundersökningar i skolhälsovården

Kommunen ska i enlighet med elevens behov ordna följande specialundersökningar för att konstatera elevens hälsotillstånd:

1) syn- eller hörselundersökning som utförs av en specialist samt laboratorie- och röntgenundersökningar och andra motsvarande undersökningar som specialisten ordinerar,

2) undersökning av den mentala hälsan som utförs av en psykiater, och

3) undersökning som utförs av en psykolog.

12 §

En sund och trygg skola och studiemiljö

I syfte att främja elevernas och de studerandes hälsa ska det vart tredje år göras en undersökning av om

skolan och studiemiljön är sund och trygg. Undersökningen ska göras i samarbete med läroanstalten och dess elever eller studerande, skol- eller studerandehälsovården, hälsovårdssinspektören, personalens företagshälsovård och arbetarskyddspersonalen samt vid behov med andra sakkunniga. Arbetet för att avhjälpa de brister som konstaterats vid undersökningen ska följas upp årligen.

13 §

Identifiering av behov av särskilt stöd och tillhandahållande av stöd

Hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna ska ordnas så att behovet av särskilt stöd hos ett barn under skolåldern, en elev, en studerande eller en familj identifieras i ett så tidigt skede som möjligt, och att det stöd som behövs tillhandahålls utan dröjsmål. Behovet av särskilt stöd ska utredas, om det hos ett barn i skolåldern, en elev, en studerande eller en familj eller i miljön finns faktorer som kan äventyra en sund uppväxt och utveckling.

I syfte att bedöma och tillgodose behovet av särskilt stöd ska det vid behov ordnas extra besök och hembesök. Dessutom ska det utarbetas en plan i samarbete med den som behöver stöd och, beroende på personens ålder, med hans eller hennes familj. Utfallet av planen ska följas och bedömas. I syfte att bedöma och tillgodose behovet av särskilt stöd ska samarbete vid behov också bedrivas mellan olika kommunala aktörer, såsom dagvården, hemserVICEN, barnskyddet, elev- och studerandevården samt den specialiserade sjukvården och andra aktörer.

3 kap.

Hälsorådgivningens innehåll och omfattning

14 §

Hälsorådgivningens allmänna innehåll

Hälsorådgivning ges utifrån mottagarens individuella behov och utvecklingsstadium. Hälsorådgivningen ska ske i samarbete med individen och familjen så att de kan tillämpa informationen i praktiken och ta ansvar för sin egen hälsa. Hälsorådgivningen ska basera sig på dokumenterad information. Hälsorådgivning kan ges individuellt, i grupp eller för en större gemenskap.

Hälsorådgivningen ska stödja föräldrar i deras föräldraskap och parrelation samt främja familjens sociala stödnätverk. Den ska också bidra till att främja individens och familjens hälsa inklusive mental hälsa samt psykosociala välbefinnande på åtminstone följande områden:

1) tillväxt samt psykosocial och fysisk utveckling,

2) mänskliga relationer, vila och fritid, mediernas betydelse med tanke på hälsa och säkerhet, ergonomi, näring, motion, viktkontroll, munhälsa samt sexuell hälsa inklusive preventivmedel,

3) förebyggande av våld i nära relationer och parförhållanden, olyckor och användning av alkohol och andra rusmedel,

4) vaccineringar enligt det nationella vaccinationsprogrammet och förebyggande av infektioner,

5) i tillämpliga delar social trygghet och social- och hälsovårdstjänster.

Hälsorådgivningens utvidgade innehåll

En familj som väntar sitt första barn ska ges multiprofessionellt ordnad familjeträning, som omfattar föräldragrupsverksamhet. Hembesök ska göras hos en familj som väntar sitt första barn eller hos en familj som har fått sitt första barn. Andra hembesök ska ordnas vid behov.

Den hälsorådgivning som riktar sig till en familj som väntar barn ska erbjudas bägge föräldrarna. Den ska ge information om graviditetstiden och de risker som ansluter sig till den, om förlossningen och vården av barnet samt om förändringar i den mentala hälsan som eventuellt hänger samman med graviditeten och förlossningen. Rådgivningen ska bidra till en tidig växelverkan mellan barnet och föräldern samt stödja modern att amma.

Den hälsorådgivning som riktar sig till barn under skolåldern och elever och deras familjer ska stödja barnets utveckling, omsorgen om barnet och barnets fostran samt växelverkan mellan barnet och föräldern. Dessutom ska föräldrarnas välbefinnande, kraftresurser och inbördes växelverkan stödjas.

Den hälsorådgivning som riktar sig till elever och studerande ska stödja och främja deras utveckling mot självständighet, studieförmågan, sunda levnadsvanor samt en god kondition och mental hälsa samt förebygga mobbning. Dessutom ska de studerande ges information om vad som krävs för att utöva ett yrke samt de hälsomässiga riskfaktorer som ansluter sig till arbete och yrke.

Preventivmedelsrådgivning och annan rådgivning om sexuell hälsa

Rådgivning som stöder den sexuella mognaden och utvecklingen hos barn under skolåldern, elever och studerande ska ingå i hälsorådgivningen och hälsoundersökningarna på ett sätt som motsvarar barnens och ungdomarnas utvecklingsstadium. Preventivmedelsrådgivning och annan rådgivning om sexuell hälsa hör till rådgivningsbyråns samt skol- och studerandehälsovårdens tjänster. Rådgivningen kan också ordnas som en del av andra tjänster.

4 kap.

Tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster för studerande

17 §

Hälso- och sjukvårdstjänster

Studerandehälsovården omfattar förutom hälsoundersökningar och hälsorådgivning enligt 2 och 3 kap. också hälso- och sjukvårdstjänster som bestäms i 14 § 1 mom. 6 punkten i folkhälsolagen (66/1972) såsom

1) tidigt konstaterande, vård och hänvisning till fortsatt vård vid eventuella mentala störningar,

2) tidigt konstaterande, vård och hänvisning till fortsatt vård vid eventuella missbruksproblem,

3) tjänster som främjar sexuell hälsa,

4) mun- och tandvårdstjänster, som omfattar hälsorådgivning, undersökning och vård av mun och tänder enligt individuella behov samt en vårdplan inkluderande egenvård som uppgjorts av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård på basis av en hälsoundersökning.

5 kap.

Särskilda bestämmelser

18 §

Skyldigheter enligt barnskyddslagen

Bestämmelser om skyldighet att göra en anmälan när omständigheterna förutsätter att behovet av barnskydd utreds, åtgärder för att ge akt på och främja barns och unga personers välfärd genom samarbete mellan de kommunala myndigheterna, beaktande av barn i den service som riktar sig till vuxna och uppgörande av en plan för att främja barns

Helsingfors den 28 maj 2009

Omsorgsminister *Paula Risikko*

och unga personers välfärd samt ordna och utveckla barnskyddet finns i barnskyddslagen (417/2007).

19 §

Ikraftträdande

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2009.

Kommunerna är skyldiga att ordna återkommande hälsoundersökningar enligt 9 och 10 § från och med den 1 januari 2011.

Åtgärder som verkställigheten av förordningen förutsätter får vidtas innan förordningen träder i kraft.

Medicinalråd Merja Saarinen

BILAGA 2

Exempel på bilagor som används på hälsoundersökningar och hälsorådgivning

Namn och källa	Avsikt	Avsedd för vem	Kommentarer
Audit SHM 2006b, bilaga 16 SHM 2007a, bilaga 7	Bedömning över användning av alkohol	Personer över 18 år	Alla föräldrar under graviditeten, småbarnstiden och grundskolan som en del av omfattande hälsoundersökningar. Även inom tuderandehälsövården
Adsume, verktyg för bedömning av missbruk hos unga SHM 2006b, bilaga 17	Bedömning över användning av rusmedel	Ungdomar under 18 år inom skol- och studerandehälsövården	
Enkät för identifiering av depression i samband med förlossningen (EPDS) SHM 2004a, bilaga 13a SHM 2007a, bilaga 9	Identifiering av symptom på depression i samband med förlossningen; inte för diagnostisering	För kvinnor efter förlossningen när barnet är 6-8 veckor gammalt	Ett fel i anvisningarna om poängsättning: ska vara 'Frågorna 3 (inte 4) samt 5-10 är omvända'...
Enkäten om sinnesstämningar R-BDI-13 SHM 2006b	Medel för utredning av depressionssymptom, hur allvarliga de är och behovet av vård	Inom skolhälsovården på den omfattande hälsoundersökningen i 8 klassen och vid behov	Lämpar sig inte för diagnostisering, som hjälp vid screening och preliminär bedömning
SCOFF-screening för ätstörningar SHM 2006b, bilaga 15	Identifiering av ätstörningar	Inom skol- och studerandehälsövården	
Blanketten Laps-lomake Birkalands sjukvårdsdistrikt THL 2010	Bedömning av den psykiska hälsan	4-5-åringar	Testas för närvarande för användning på den omfattande hälsoundersökningen för 4-åringar
Lene, den neurologiska bedömningen av barn Handbok:Valtonen & Mustonen 2003 och 2007;Valtonen 2009	Målet är att upptäcka så tidigt som möjligt problem i utvecklingen som kan vara långvariga och att förutse inlärningsproblem i skollåldern	2,5-6-åringar	Modell för smidig uppföljning av utvecklingen För den omfattande hälsoundersökningen för 4-åringar
Rollkartor – föräldraskap – parförhållandet – pubertetsåldern	Underlättning av diskussioner om de många rollerna inom föräldraskapet och parförhållandet, samt om pubertetsåldern på en konkret nivå i vardagen	Föräldrar Föräldrar Ungdomar i pubertetsåldern	
Enkäter om resurserna i familjen Resurserna i familjen som väntar sitt första barn, bilaga 9 Resurserna i en familj med spädbarn, bilaga 10 SHM 2004a	Att uppmuntra föräldrarna att själva begrunda sin livssituation, faktorer som tär på eller stärker resurserna, och vid behov diskutera det på rådgivningsbyrån	Föräldrar som väntar sitt första barn Föräldrar som fått barn	
Tidig interaktion (Vavu) Enkät som stöder tidig interaktion under graviditeten bilaga 11 Enkät som stöder interaktion efter förlossningen, bilaga 12	Utredning av interaktion mellan föräldrarna och barnet och stödande av tidig interaktion. Stödande av ömsesidig diskussion mellan föräldrarna	Föräldrar	Det rekommenderas att enkäten fylls i på ett hembesök